

**CARACTERIZACIÓN SOCIAL, FAMILIAR Y DE SALUD DE LOS ADULTOS
MAYORES DE LA COMUNA CINCO DE VILLAVICENCIO – COLOMBIA**

**NARDA KATHERINE CHARRY ABRIL
JESSICA PAOLA MORENO DIAZ**

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN SALUD FAMILIAR
COHORTE X
VILLAVICENCIO
2017**

**CARACTERIZACIÓN SOCIAL, FAMILIAR Y DE SALUD DE LOS ADULTOS
MAYORES DE LA COMUNA CINCO DE VILLAVICENCIO – COLOMBIA**

**PROYECTO FINAL
CURSO DE INVESTIGACIÓN SOCIAL**

**NARDA KATHERINE CHARRY ABRIL
JESSICA PAOLA MORENO DIAZ**

DOCENTE

Mgs. EMILCE SALAMANCA RAMOS

**UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN SALUD FAMILIAR
COHORTE X
VILLAVICENCIO - META
2017**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **NARDA KATHERINE CHARRY ABRIL, JESSICA PAOLA MORENO DIAZ** mayor de edad, vecino de Villavicencio Meta, identificadas con la Cédula de Ciudadanía No. 1.121.876.478, 1.121.885.733. de Villavicencio Meta, actuando en nombre propio en calidad de autoras del trabajo de grado denominado “**CARACTERIZACIÓN SOCIAL, FAMILIAR Y DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA CINCO DE VILLAVICENCIO – COLOMBIA**”, hacemos entrega del ejemplar y de sus anexos de ser el caso, en formato digital o electrónico (CD-ROM) y autorizamos a la **UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS**, para que en los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia, con la finalidad de que se utilice y use en todas sus formas, realice la reproducción, comunicación pública, edición y distribución, en formato impreso y digital, o formato conocido o por conocer de manera total y parcial del proyecto de investigación.

LAS AUTORAS – ESTUDIANTES, manifiestan que el trabajo de grado objeto de la presente autorización, es original y se realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros; por tanto, la obra es de exclusiva autoría y posee la titularidad sobre la misma; en caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, como autor, asumiré toda la responsabilidad, y saldré en defensa de los derechos aquí autorizados, para todos los efectos la Universidad actúa como un tercero de buena fe.

Para constancia, se firma el presente documento en dos (2) ejemplares del mismo valor y tenor en Villavicencio - Meta, a los 15 días del mes de diciembre de dos mil Diecisiete (2017).

LA AUTORA – ESTUDIANTE

Firma

Nombre: **NARDA KATHERINE CHARRY ABRIL**

C.C. No. 1.121.876478 de VILLAVICENCIO

LA AUTORA – ESTUDIANTE

Firma

Nombre: **JESSICA PAOLA MORENO DIAZ**

C.C. No. 1.121.885.733 de VILLAVICENCIO

CONTENIDO.

	PAG.
1. INTRODUCCIÓN	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
3. JUSTIFICACIÓN.....	12
4. OBJETIVOS MACRO PROYECTO.....	14
4.1. Objetivos General.....	14
4.2. Objetivos específicos	14
5.OBJETIVOS EPI.....	15
4.3. Objetivos General.....	15
4.4. Objetivos Específicos	15
6. MARCO REFERENCIAL.....	16
6.1. MARCO TEÓRICO.....	16
6.1.1. ADULTO MAYOR.....	16
6.1.2. ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO.....	16
6.1.3. DETERMINANTES SOCIALES.....	17
6.1.4. FAMILIA.....	18
6.1.5. ENVEJECIMIENTO ACTIVO.....	18
7. MARCO INVESTIGATIVO.....	20
7.1. Envejecimiento.....	20
7.1.2. Familia del adulto mayor.....	21
7.1.3. Salud.....	22
8. MARCO CONCEPTUAL.....	24
8.1. Conceptualización de la vejez y su diversidad.....	24
8.1.2. Envejecimiento individual.....	24
8.1.3. Envejecimiento poblacional.....	25
8.1.4. Aspectos Psicosociales en el adulto mayor.....	25
8.1.5. Nutrición en el adulto mayor.....	26
8.1.6. Funcionalidad en el adulto mayor.....	26
8.1.7. Vulnerabilidad al estrés.....	27
8.1.8. Relaciones y entorno familiar.....	27
8.1.9. Apoyo social y familia en edad avanzada.....	28
9 METODOLOGÍA.....	29
9.1. DESCRIPCIÓN DE CONTEXTO.....	29
9.2. POBLACION Y MUESTRA.....	31
9.3. INSTRUMENTOS.....	32
9.3.1. Los instrumentos utilizados para las variables cuantitativas.....	32

9.3.2. Para las variables cualitativas.....	32
9.4. UNIDAD DE OBSERVACIÓN.....	33
9.4.1. Adulto mayor.....	33
9.4.2. Familia.....	33
9.5. PLAN DE ANÁLISIS.....	34
9.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	35
10. RESULTADOS.....	36
10.1. Caracterización social y demográficas del adulto mayor.....	36
10.2. Cuadro N° 1 - Valoración del estado de salud del adulto mayor.....	37
10.3. Contexto familiar del adulto mayor.....	39
10.3.1. Categoría I: Percepción del envejecimiento.....	39
10.3.2. Categoría II: Bienestar y dependencia del adulto mayor.....	40
10.3.3. Categoría III: Roles y convivencia con el adulto mayor.....	41
11. DISCUSIÓN.....	43
11.1. Caracterización social y demográfica del adulto mayor.....	43
11.2. Valoración del estado de salud del adulto mayor.....	44
11.3. Contexto familiar del adulto mayor.....	46
11.3.1. Categoría I: Percepción del envejecimiento.....	46
11.3.2. Categoría II: Bienestar y dependencia del adulto mayor.....	46
11.3.3. Categoría III: Roles y convivencia con el adulto mayor.....	47
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	51
ANEXOS.....	56

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Índice de Barthel

ANEXO 2. La Escala Lawton y Brody.

ANEXO 3. Mini-mental.

ANEXO 4. Valoración afectiva: test de Yesavage.

ANEXO 5. Escala de Tinetti

ANEXO 6. Índice de Charlson

ANEXO 7. Caracterización social

ANEXO 8. Entrevista semiestructurada

ANEXO 9. Consentimiento informado

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a Dios y a nuestros padres por darnos la oportunidad de cursar la especialización en tan prestigiada universidad que nos ofreció la oportunidad de formarnos en ella; Gracias por la confianza que depositaron en nosotras y por su cariño incondicional.

En especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, por brindarnos los conocimientos y facilidades para establecernos como profesionales especialistas. Con el mismo cariño y admiración agradecemos a la docente Mgs. Emilce salamanca Ramos que ha sido parte fundamental en el desarrollo minucioso y culminación adecuada de este trabajo; de igual forma hago extensivo este agradecimiento y reconocimiento al adulto mayor y su familia por permitirnos trabajar este proyecto con ellos.

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación denominada Caracterización social, demográfica y de salud de la comuna cinco de la ciudad de Villavicencio, hace parte del macro proyecto titulado “caracterización social demográfica y de la salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del departamento del Meta” aprobado y avaluado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de los Llanos.

La investigación es descriptiva con variables cualitativas y cuantitativas. Las variables cuantitativas se medirán con la aplicación de los diferentes instrumentos que evaluara riesgo de caída, la valoración de las actividades de la vida diaria, examen cognitivo, estado emocional, el índice de comorbilidad, índice de masa corporal, una encuesta de caracterización social y demográfica. Para las variables cualitativas se utilizaron el diario de campo, observación directa y la aplicación de una entrevista semiestructurada dirigida al adulto mayor y su familia, con el fin de identificar el contexto familiar del adulto mayor y la autopercepción de salud.

El propósito de la investigación fue indagar las dinámicas familiares de los adultos mayores del municipio de Villavicencio, conocer la percepción que los integrantes de la familia tienen acerca de envejecer, los procesos de envejecimiento y el conocimiento en el manejo del entorno familiar y comunitario del adulto mayor basados en los principios de independencia, participación ciudadana, autorrealización y dignidad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema

La población adulto mayor está en aumento debido a los cambios en dos determinantes demográficos importantes que son la mortalidad y la fecundidad, puesto que con los nuevos estilos de vida la humanidad ha prolongado su esperanza de vida, y el uso de anticonceptivos ha dejado de ser un tabú en muchos países del mundo disminuyendo la cantidad de hijos en las familias. Hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los 60 años (Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, OMS 2015, p, 8). Sin embargo, hoy día, así como las personas viven más tiempo también tienen más enfermedades y van perdiendo su capacidad funcional.

No hay pruebas de que las personas de la tercera edad hoy día gocen de mejor estado de salud que el que tuvieron sus padres, es posible que la proporción de personas mayores en países de ingresos altos que necesitan ayuda para realizar actividades básicas como la comida, y el aseo, haya disminuido ligeramente los últimos 30 años, pero la prevalencia de las limitaciones menos graves de la funcionalidad es prácticamente la misma. Casi una cuarta parte (23%) de la carga mundial general de mortalidad y morbilidad se registra en los mayores de 60 años de sexo femenino, y gran parte de esa carga puede atribuirse a enfermedades de larga duración como el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, las cardiopatías, las enfermedades osteomusculares (como la artritis y la osteoporosis) y los trastornos mentales y neurológicos. OMS, comunicado de prensa, Ginebra (2014).

Pero contrario a lo que se suele pensar, estas enfermedades no transmisibles no están obligatoriamente relacionadas con la edad, es decir no es que sean provocadas por el proceso natural del envejecimiento sino por el contexto en el que se desarrollan las personas y por sus hábitos a lo largo del ciclo vital. Frente a ello la OMS afirma: la mala salud no tiene que ser la característica predominante limitante de las poblaciones de edad avanzada. La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de enfermedades crónicas que son posibles de prevenir o retrasar con hábitos saludables. La prevención de las enfermedades crónicas es de vital importancia porque define la capacidad funcional de la población adulto mayor, a más hábitos saludables a lo largo del ciclo vital, más posibilidad de independencia durante la tercera edad, y sobretodo porque es la capacidad funcional lo que determina la salud integral, mental y emocional de los adultos mayores.

Mantener la capacidad funcional es lo que más preocupa al adulto mayor (OMS, 2015). En Francia el 20.6% de la población AM no presenta ninguna situación de discapacidad, el 43% presenta dependencia leve en las actividades de movilidad, el

29.5 % dependencia moderada en actividades instrumentales y el 6.9% necesita ayuda en actividades básicas. (Congreso internacional de enfermería y envejecimiento 2013). Según datos del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales), perteneciente al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en España se estima que el porcentaje de adultos mayores que presentan una dependencia importante está entre un 10% y un 15% del total de personas de 65 años y más. La dependencia se incrementa pues, notablemente con la edad: en el conjunto de mayores afecta al 32,2%, y al 63,6% si nos referimos a los de 85 y más años. La encuesta estima, además, un número mayor de mujeres que de varones con discapacidad: el 58,3% de la población con discapacidad son mujeres. La perspectiva de género nos invita a ver la dependencia unida a otros factores que provocan una situación de desventaja con vivencial, residencial e incluso económica en comparación con los hombres de su misma cohorte.

En cuanto a América Latina, en el caso de México el 5% de los AM tienen dependencia y el 20,7% presentan alguna discapacidad, en Chile entre un 4% y un 7% de la población AM se encuentra en situación de dependencia severa, y datos de Ciudad de La Habana muestran una prevalencia de 13,8 % para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en el grupo de 60-74 años y de 30,7% en mayores de 74 años, cifras que aumentan para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), con valores respectivos de 16,9 y 45,2 %. En ambos casos, las mujeres casi doblan a los hombres (Instituto de Investigaciones Sociales-unam, México 2013). En Colombia, el 21% de la población AM es dependiente en sus AVD básicas. El 38% son dependientes en sus AVD instrumentales, ambas cifras son prevalentes en las mujeres y en estratos socioeconómicos bajos. (Encuesta SABE 2015).

Es posible que una de las razones por las cual las mujeres tienden a sufrir mayor disminución en la capacidad funcional, sea la cantidad de roles que ejercen en sus familias incluso en la vejez después de haberse jubilado de la vida laboral. La Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE) refleja que un 22,07% de los abuelos cuidan de sus nietos (Badenes & López, 2012). Frente a un 8% que recibe ayuda de un familiar. Los abuelos españoles dedican una media de seis horas diarias al cuidado de sus nietos, lo que supone en muchas ocasiones más tiempo del que los propios padres dedican a sus hijos. (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) 2014), En Zambia el 30% de las mujeres mayores tienen la responsabilidad de cuidar al menos un nieto sin la presencia de familiares de generación intermedia. (OMS, Informe de envejecimiento y salud, 2015, p,13).

En Colombia, las familias valoran el rol de abuela cuidadora, particularmente en la conformación de familias extendidas, pues se convierte en un recurso social para las personas (en cuanto al cuidado de los niños) y una fuente de apoyo emocional en situaciones difíciles (separación, divorcio, maternidad adolescente, viudez, desplazamiento forzado). Además, de que se favorece un mejor aprovechamiento de los recursos económicos, por un trabajo no remunerado. En cuanto al rol de la

abuela como cuidadora se destaca una posible sobrecarga en sus labores y el estrés debido al cuidado que brindan como red de apoyo familiar, aunque este hecho también puede estar relacionado con aislamiento o falta de otras redes de apoyo que cuiden de ella. (Ortiz Barrero, Melisa Judith, junio 2012) *LAS ABUELAS CUIDADORAS: UNA VISION ECOLOGICA DE SU ROL*, Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD).

Antonio Guijarro describe lo que él llama el “Síndrome de la Abuela esclava”: es actualmente un cuadro clínico relativamente frecuente, que afecta a mujeres adultas con responsabilidades directas de amas de casa, como consecuencia de la interacción negativa de factores personales (intrínsecos: psicológicos y educacionales) y ambientales (extrínsecos: estrés familiar excesivo, con insuficiente apoyo familiar y social). El Síndrome de la Abuela esclava suele provocar serias descompensaciones orgánicas, como la hipertensión arterial, la insuficiencia coronaria o la diabetes. (Mestre-Miquel, Joana Maria; Guillen-Palomares, Juana; Caro-Blanco, Fernanda; (2012). *ABUELAS CUIDADORAS EN EL SIGLO XXI: RECURSO DE CONCILIACIÓN DE LA VIDA SOCIAL Y FAMILIAR*. *Portularia*, Sin mes, 231-238.)

En este sentido la baja capacidad funcional en las mujeres puede estar ocasionada por enfermedades crónicas asociadas al desgaste físico que generan las labores domésticas y de cuidado. Mientras que, en hombres, está más asociada a enfermedades producidas por hábitos poco saludables como el consumo de tabaco, alcohol o el sedentarismo; la encuesta SABE 2015 confirma que en Colombia el 12%, de AM consume tabaco, y fue más frecuente en hombres. El 14% consumió alcohol el último mes, más frecuente en hombres y en zonas urbanas. El 60,7% prevalencia total de hipertensión arterial en la población adulta mayor es en mujeres, en áreas urbanas y en estratos socioeconómicos bajos. El 25,8% presento artritis-artrosis (segunda condición crónica más frecuentemente encontrada en este estudio), mayor en mujeres, en zonas urbanas y en estratos socioeconómicos altos. El 31,9% del total de caídas, fue más alta en las mujeres. Se observó además un 15,2% de prevalencia de fragilidad, las personas adultas mayores vigorosas se caracterizan por ser hombres, de estrato socioeconómico alto, en zona urbana. A diferencia, los adultos mayores frágiles tienen más edad, son mujeres y viven en zona rural.

Si a estos datos se le añade el hecho de que un gran porcentaje de adultos mayores en Colombia no tiene acceso a una pensión (el 75% no tienen pensión) y por ende viven con sus familiares o son sostenidos económicamente por ellos; el 29.2% de AM viven de aportes de familiares que viven en Colombia, y un 3.9% reportó recibir giros de familiares del exterior o de alguna otra institución o persona (encuesta SABE 2015) , es pertinente determinar de qué forma el entorno familiar puede contribuir a la prevención de enfermedades y así disminuir el deterioro de la capacidad funcional de los adultos mayores, puesto que son su primer red de apoyo.

Además de la familia, como se ha observado a lo largo de los datos el factor socio-económico también está de por medio, por lo que evaluar la capacidad funcional de los adultos mayores depende de muchos factores, es de carácter diverso. La mayor parte de dependencia funcional es el resultado de influencias que a menudo están fuera de su control o fuera de las opciones que tienen a su disposición, dado que los entornos físicos y sociales que las personas habitan pueden influir directamente o por medio de obstáculos o incentivos que afectan las oportunidades, las decisiones y el comportamiento (OMS, Informe Mundial de Envejecimiento y Salud, 2015´p, 20).

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características familiares, sociales y de salud de los adultos mayores que podrían favorecer la conservación de su capacidad funcional, en la comuna cinco de Villavicencio – Colombia?

3. JUSTIFICACIÓN

La población adulto mayor está en aumento debido a los cambios en determinantes demográficos importantes como la mortalidad y la fecundidad, puesto que con los nuevos estilos de vida la humanidad ha prolongado su esperanza de vida, y el uso de anticonceptivos ha dejado de ser un tabú en muchos países del mundo disminuyendo la cantidad de hijos en las familias. Hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los 60 años (Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, OMS 2015 p, 8). Sin embargo, así como las personas viven más tiempo también tienen más enfermedades y van perdiendo su capacidad funcional.

Sumado a esta situación, la literatura sobre el adulto mayor es escasa, hay una carencia de información sobre lo que piensa, siente y vive el adulto mayor, porque siempre se asocia la tercera edad con enfermedad, debilidad entre otros conceptos discriminatorios, en nuestra sociedad existe una cultura de rechazo hacia la vejez y una falta de conciencia colectiva hacia la prevención de la enfermedad sabiendo que la recurrencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor no son un producto natural del envejecimiento sino de los hábitos, los estilos de vida y las decisiones que las personas tomaron respecto a la salud a lo largo de su ciclo vital. La falta de conocimiento frente a ello hace que la mayoría de la población no tome medidas adecuadas para asegurar una vejez saludable, y con el crecimiento de la población adulto mayor anteriormente mencionado es preocupante que en un futuro cercano se presente un crecimiento también de la morbilidad y por ende de los costos en salud.

A causa de lo anterior es imprescindible gestionar cambios que permita a los sistemas de salud y la sociedad en general adaptarse a este cambio demográfico y poder suplir con las necesidades de este nuevo reto. El primer paso es comenzar a visibilizar las situaciones en las que viven los adultos mayores, muchos de ellos viven en diversas situaciones de maltrato, aunque los datos rigurosos son escasos, un estudio ha aportado estimaciones de la prevalencia de los tipos más frecuentes de maltrato en países de ingresos elevados o medios: maltrato físico: 0,2-4,9 , abuso sexual: 0,04-0,82% , maltrato psicológico: 0,7-6,3% (basado en criterios liminales sustantivos) abuso económico: 1,0-9,2%; desatención: 0,2-5,5%. (OMS, Informe de Maltrato en las Personas Mayores, 2016). Estas condiciones generalmente no son objeto de estudio y de esta manera se siguen perpetuando, debido a la ignorancia de la sociedad, por tanto, esta investigación pretende darlas a conocer pues cuando se manifiestan estos actos de violencia, se genera una mirada diferente hacia el adulto, permitiendo reflexionar sobre la forma en que cotidianamente es tratado en la familia, la comunidad y la sociedad.

Todo ello puede contribuir a transformar el concepto que se tiene sobre la vejez y el adulto mayor en las familias, ya que esta hace parte del contexto que aporta a los

determinantes sociales, culturales, que influyen en la salud. Por ende es importante la realización de este trabajo pues mediante el análisis de las interacciones, y los riesgos tanto ambientales como familiares se puede identificar posibles dinámicas que se encuentren afectando el bienestar del adulto mayor, mediante instrumentos de valoración que no solo dejan ver lo que piensa la familia sino la forma en que el adulto mayor percibe la vejez acorde a su estilo de vida, para que de esta forma se favorezca la reflexión sobre las rutinas, las practicas, y se genere un empoderamiento hacia la salud. Dichas observaciones sirven como base para plantear acciones que contribuyan al ajuste de las dinámicas familiares y los hábitos de salud, en pro de la promoción y prevención de la misma, y que estén al alcance de las personas en su vida cotidiana. También cabe destacar que es un hecho importante para la especialización en salud familiar dado que permite que desde los estudiantes se comience a generar cambios de perspectivas, de tal manera que cada uno dentro del ejercicio de su profesión puede retroalimentar tanto a la comunidad objeto de estudio como a la comunidad en general.

4. OBJETIVOS MACRO PROYECTO

4.1. Objetivo General:

Caracterizar las condiciones sociales, demográficas y de salud de los adultos mayores de los Centros Vida de los cuatro municipios del piedemonte del departamento del Meta.

4.2. Objetivos Específico:

1. Describir las características sociales y demográficas de la población mayor de 60 años de los centros vida de los municipios seleccionados.
2. Establecer la percepción y condiciones de salud y entorno familiar de la población de adulta mayor de los Centros vida de los municipios seleccionados.

5. OBJETIVOS EPI

5.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las características familiares, sociales y de salud de los adultos mayores de la comuna cinco de la ciudad de Villavicencio – Colombia.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar los adultos mayores desde los aspectos sociales y demográficos, en la comuna cinco de Villavicencio – Colombia.
- Valora el estado de salud físico, mental y social de los adultos mayores de la comuna cinco de Villavicencio – Colombia.
- Conocer los contextos familiares de los adultos mayores desde la perspectiva de los cuidadores, familia y adulto mayor.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1. MARCO TEÓRICO

6.1.1. ADULTO MAYOR

Aunque no hay una única definición para la ancianidad por consenso se define la vejez conforme a una edad cronológica teniendo en cuenta que la relación entre la edad cronológica y los criterios biológicos, sociales, económicos y ambientales varían de una cultura a otra. La asamblea Mundial sobre el envejecimiento convocada por la ONU en Viena fijó en 60 años la edad de transición a la vejez. Conforme a lo establecido en la Asamblea General de la ONU, la denominación utilizada para este grupo poblacional es el de “personas Adultas Mayores”.

6.1.2. ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

Gracias a los alcances logrados con el tratamiento de las enfermedades crónicas, cirugías o procedimientos intervencionistas en condiciones que antes se manejaban paliativamente o que no se contaba con el entendimiento de sus causas, y al desarrollo de nuevos medicamentos, se ha contribuido en parte a la longevidad de la población. En la actualidad, el 8% de la población mundial tiene más de 65 años, y se espera que en 20 años este porcentaje aumente al 20%; muchas de estas personas incluso serán mayores de 80 años¹. Por ejemplo, en Italia se proyecta más de un millón de personas sobre la edad de 90 años para el año 2024² y en China en el 2050 se proyecta 330 millones de personas mayores de 65 años y 100 millones mayores de 80 años¹. El incremento en la población adulta mayor se ha considerado un fenómeno global, e incluso Díez Nicolás menciona el «envejecimiento de la población mayor», es decir, no solo serán más ancianos, sino que aumentarán sustancialmente el número de adultos mayores con una edad más avanzada³. (Revista Colombiana de Anestesiología 2012)

Si en la actualidad la disminución de la fecundidad se presenta como una de las causas principales del envejecimiento de la población, será menos la población económicamente activa que provea el sustento para los ancianos que tengan dependencia económica. Y con esto, aunado a la crisis del sistema pensional, no solo se tendrán más adultos jubilados, sino que estos cobrarán durante un período más largo³, y en muchos países este tema crea bastante polémica sobre las edades de jubilación.

He aquí que los cambios en la cantidad y en la estructura de la sociedad afectan el funcionamiento poblacional, por lo que hay que promover cambios en la política de salud global y en el modelo de atención con enfoque en el paciente geriátrico y su vulnerabilidad que no afecten su independencia, que eviten el abuso de los ancianos —muchas veces por parte de un familiar cercano—, siendo más susceptibles quienes tienen una dependencia física, emocional y/o económica.

6.1.3. DETERMINANTES SOCIALES

Hoy día gracias a la definición de la OMS se sabe que la salud es el completo estado de bienestar, tanto físico, mental, emocional, y no solo la carencia de enfermedad, por ende, está condicionada por múltiples factores. Esto hace referencia al carácter integral del ser humano donde, así como un estado físico poco saludable puede afectar la emocionalidad, también los estados emocionales y las condiciones ambientales, sociales, históricas influyen sobre el estado físico.

Los determinantes sociales son dichas condiciones en las que se desenvuelven los individuos las cuales condicionan su actitud, decisiones y hábitos frente a la salud. “los determinantes sociales de la salud que en su integralidad abordan elementos que intentan explicar que las desigualdades en que se manifiestan los resultados en salud para diversos grupos de la sociedad, dicen relación con las distintas posibilidades que tienen las personas de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud. Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, las características físicas del medio construido y la calidad del medio natural en que vive la población. Según el carácter de esos entornos, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta varían para cada grupo, haciéndolos más o menos vulnerables a la enfermedad.” (Gutiérrez Vidal Daisy, Determinantes Sociales en Salud y Estilos de Vida, en población adulta de concepción Chile, 2014). Con lo anterior se pretende reflexionar en que la salud y sobre todo las enfermedades en los seres humanos no son resultados naturales de la edad, sino una consecuencia como un proceso acumulativo de los afectos del contexto en el que se encuentra el ser humano.

Muchos de los entornos anteriormente descritos como la calidad del ambiente tanto construido como natural, son factores que se encuentran ligados al nivel de desarrollo del país donde habitan las personas; en un país en vía de desarrollo como Colombia, las personas encuentran pocas posibilidades de asegurar un buen estado de salud a largo plazo, por este motivo muchos adultos mayores se encuentran en situación de dependencia y en diversos casos su red de apoyo primaria es su familia y prácticamente la única al no contar con una pensión que le sustente para tener una mejor calidad de vida.

6.1.4. FAMILIA

La aproximación sistémica de la familia se enmarca a la concepción del todo como diferente a la suma de las individualidades de sus integrantes, cuya dinámica se desarrolla mediante mecanismos propios y distintos a los que explican la del sujeto aislado. La familia vista como un sistema social natural, puede ser estudiada en términos de su estructura, o por la forma como está organizada en un momento dado, y por sus procesos los cuales cambian a través del tiempo. Como sistema la familia está sujeta al principio de no sumatividad, lo que significa que el sistema no es la simple suma de elementos, sino que contiene características propias, distintas de los elementos que la componen tomados por separado, resultando difícil su entendimiento solo a través de la adición de los rasgos de sus integrantes de forma individual¹.

La Organización Mundial de la Salud indica; “la familia es la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica...es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud.”² Se define de esta manera porque al ejercer el rol de intermediaria entre el individuo y los demás sistemas transmite pautas de cuidado y autocuidado mediante las interacciones, el compartimiento de roles, las dinámicas que pueden afectar tanto de manera positiva como negativa la salud de los integrantes.

De manera que las familias son agentes educadores y por ende son quienes requieren de la información pertinente para que eduquen en salud y se conviertan en promotoras de salud. Aquí la importancia de analizar las dinámicas de la familia del adulto mayor, puesto que no solo los cuidados hacia él pueden contribuir a la disminución de riesgos sino los estilos de vida desempeñados por la familia van transcurriendo generación tras generación, más aún en el siglo XXI en el que se ha multiplicado la convivencia entre personas de una y otra generación debido al aumento de la población adulto mayor.

6.1.5. ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. La Organización Mundial de la Salud utiliza el término «envejecimiento activo» para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo. El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales,

¹ SIGÜENZA WILSON, “FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN EL MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON”, Tesis previa a la obtención del título de Magister en psicoterapia del niño y la familia, Universidad de Cuenca, Ecuador 2015.

² Pensamiento Educativo. Revista de Investigación Educativa Latinoamericana 2012, 49(2), 1-20

económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.³

La idea es que el adulto mayor vuelva a ser valorado en la comunidad, y que en el caso de tener una enfermedad está ya no sea una causa de aislamiento social, sino que pueda ser regulado y tratada, para seguir llevando una calidad de vida que le permita participar en la sociedad. Las actividades que se realizan en el medio familiar son importantes para bienestar personal, las actividades realizadas en grupo donde los individuos experimentan y participan, permite que se ejerciten las capacidades humanas y se desarrolle su personalidad (Fericgla, 2002). Una persona socialmente activa prolonga la aparición de los efectos del envejecimiento en la medida que se siente útil física, social y familiarmente (Adams, 2000). También Galarza (2014) afirma:

Que el concepto de envejecimiento activo implica, que el envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los demás como los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia. La interdependencia y la solidaridad intergeneracional, es decir, dar y recibir de manera recíproca entre individuos, así como entre generaciones de viejos y de jóvenes, son principios importantes del envejecimiento activo. Los objetivos fundamentales del envejecimiento activo son lograr el máximo de salud, bienestar, calidad de vida y desarrollo social de los adultos mayores, considerando su potencial físico e intelectual, así como las oportunidades que les brinda la sociedad. (p.9)

³ Organización Mundial de la salud

7. MARCO INVESTIGATIVO

7.1. Envejecimiento

La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos de una de las investigaciones realizadas por Castellano Fuentes, Carmen Luisa; (2014)⁴. Se evidencia que la red social adecuada es el núcleo familiar, los hijos y el conyugue son el mayor apoyo para el adulto mayor, los resultados indican también una relación positiva en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez, en un adecuado ajuste en la salud física y psicológica.

El envejecimiento de la población proporciona nuevos desafíos que hacen que frecuentemente se esté replanteando el discurso sobre él, en este caso que señala la investigación de Lassen, A. J. (2015). Habla del requerimiento de nuevas técnicas impolíticas que cambian la forma en la que se vive la vejez y la percepción que se tiene del ciclo vital⁵. Se refieren a nuevas políticas de envejecimiento activo que son formadas en torno al cambio del nuevo milenio.

En torno a Colombia en la investigación de Fajardo Ramos, E., Córdoba Andrade, L., & Enciso Luna, J. E. (2016)⁶. Se presenta una reflexión sobre la calidad de vida de los adultos mayores desde el modelo de medición y explicación propuesto por Schalock y Verdugo, para lo que se proponen tres ejes temáticos: independencia, participación social y bienestar. La finalidad de esta reflexión consiste en aportar a la comprensión y satisfacción de las necesidades reales que presenta un grupo etario de personas mayores y así mismo contribuir al logro de una mejor calidad de vida.

Entre tanto, también es importante resaltar la investigación de Ramos, M. E. F., González, A. M., & Pacheco, C. A. C. (2016). La cual habla de la vejez como una etapa en la que se debe vivir de manera activa. “Se afirma que los mayores de 65 años presentan diferentes modificaciones a nivel de órganos y sistemas del cuerpo humano importantes para la comprensión del declive de su capacidad funcional y la disminución de la resistencia al estrés y a las enfermedades”⁷. La actividad física es sumamente importante para mejorar la calidad de vida y retarda el deterioro funcional

⁴ Castellano Fuentes, Carmen Luisa; (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, Septiembre-Diciembre, 365-377.

⁵ Lassen, A. J. (2015). Biopolíticas de la vejez—Cómo el conocimiento sobre el envejecimiento forma políticas de envejecimiento activo. *Sociología Histórica*, (5), 331-362.

⁶ Fajardo Ramos, E., Córdoba Andrade, L., & Enciso Luna, J. E. (2016). CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES: REFLEXIONES SOBRE EL CONTEXTO COLOMBIANO DESDE EL MODELO DE SCHALOCK Y VERDUGO. *Comunidad y Salud*, 14(2).

⁷ Ramos, M. E. F., Gonzalez, A. M., & Pacheco, C. A. C. (2016). RECREACIÓN, EJERCICIO Y CUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE EN LA VEJEZ/RECREATION, EXERCISE AND OCCUPANCY OF FREE TIME IN OLD AGE. *Revista Edu-Física*, 8(18).

7.2. Familia del adulto mayor

Hernández, B. N. P. (2015). En esta investigación nombra un reconocimiento de las características sociodemográficas que permite identificar la situación que viven los cuidadores y caracterizar situaciones de dependencia o que influyen, como la edad, nivel de educación, tiempo de dedicación al cuidado, la red de apoyo, la ocupación y la situación socioeconómica hacen inminente la búsqueda de alternativas para los cuidadores y ejecutar acciones que posiblemente sean de programas siguiendo la normativa existente del Sistema General de Seguridad Social en Salud.⁸

En las familias con adulto mayor se presentan casos de violencia doméstica y una brecha de género. Guedes, D. T., Curcio, C. L., Llano, B. A., Zunzunegui, M. V., & Guerra, R. (2015), hacen una investigación sobre la prevalencia de esta violencia en América Latina, principalmente en Natal, Brasil y Manizales, Colombia. “La experiencia de violencia física ocurrida alguna vez en la vida varió entre 2,2 y 18,3% según la ciudad y el sexo. La violencia psicológica fue más elevada en mujeres, siendo la violencia perpetrada por el compañero de 25,7% en Natal y 19,4% en Manizales; y por la familia de 18,3% en Manizales y 10% en Natal. Casi la mitad de los participantes informaron haber sufrido violencia psicológica alguna vez en la vida”⁹. Finalmente, los datos revelan que las mujeres son las más afectadas y por lo tanto deben ser consideradas como prioridad en las diferentes políticas de prevención de la agenda de salud para Latinoamérica.

Bien es cierto que la percepción del apoyo familiar es importante teniendo en cuenta que esto puede también mostrar una señal de que exista o no una dependencia funcional en el adulto mayor, y por último realizar estrategias de continuidad asistencial y acciones que incrementen la autonomía e independencia del adulto mayor¹⁰. Los estímulos influyen en el nivel de adaptación de la familia el estudio¹¹ es correlacional, pro lectivo, no experimental, transversal, prospectivo, realizado durante enero 2013 a junio 2014, muestra de 70 cuidadores. “Las variables descriptivas fueron: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso económico mensual, religión, tiempo de parentesco, tiempo de cuidado del adulto mayor y las de estudio, los estímulos contextuales: funcionalidad familiar y condición del cuidador, así como el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor en los modos de función del rol e interdependencia”.

⁸ Hernández, B. N. P. (2015). Caracterización sociodemográfica del cuidador familiar de la persona mayor en una localidad de Bogotá-Colombia. *MedUNAB*, 18(1).

⁹ Guedes, D. T., Curcio, C. L., Llano, B. A., Zunzunegui, M. V., & Guerra, R. (2015). La brecha de género en violencia doméstica en adultos mayores en América Latina: el Estudio IMIAS.

¹⁰ Jiménez-Aguilera, B., Baillet-Esquivel, L. E., Ávalos-Pérez, F., & Campos-Aragón, L. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención Familiar*, 23(4), 129-133.

¹¹ López, L. G., González, M. M., & Góngora, R. P. (2017). Estímulos contextuales que influyen en el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor. *Revista Salud y Bienestar social* [ISSN: 2448-7767], 1(1), 1-24.

Por otro lado, Santillán, M. D. L. V., Arana-Gómez, B., y otros (2017). En su investigación de la vivencia del adulto mayor¹², donde participaron 20 adultos mayores que asistieron a un centro de atención geriátrica quienes realizaron entrevista semiestructurada la cual evidencio y dio como resultados que “la salud del adulto mayor es vivida en contexto familiar; el bienestar es percibido como la capacidad de hacer cosas, aunque el dolor y la enfermedad estén presentes”.

7.1.3. Salud

El equilibrio psíquico puede atenuar el efecto de las enfermedades en el adulto mayor, para esto se realizó un análisis factorial exploratorio a partir de dimensiones físicas y psíquicas, y de variables que resumían las escalas en los instrumentos. Se comparó el comportamiento en hombres y mujeres. En dicha investigación¹³ en las mujeres es menos favorable debido a las enfermedades y otros factores que deben reforzarse como las vida-psicoactiva. Luego pasamos al caso de la audición como uno de los problemas que altera la calidad de vida de los adultos según la encuesta SABE¹⁴. “Los problemas auditivos son relevantes en los adultos mayores e inciden notoriamente en su percepción de la calidad de vida, asociándose con otras situaciones clínicas, funcionales y cognoscitivas; sin embargo, el uso de audífonos revierte esta percepción.”

En efecto el maltrato al adulto mayor ocurre hasta en la forma que se piensa por ellos, en la investigación realizada por Cano, S. M., Garzón, M. O., Segura, Á. M., & Cardona, D. (2015)¹⁵. Muestra distintas variables que influyen en el maltrato hacia el adulto mayor, pero enfrentar este problema requiere de una atención integral a las necesidades de los adultos mayores, participación de todos los sectores de la sociedad y conciencia transgeneracional, y así mismo disminuir los niveles de depresión, ansiedad, falta de apoyo social entre otros.

Por otro lado, también existen otros factores asociados como los biológicos, psicológicos y sociales con impacto más o menos prominente en la salud mental de las personas adultas mayores. Estos factores contribuyen significativamente a una variedad de problemas mentales o emocionales en esta fase del ciclo vital¹⁶.

¹² Santillán, M. D. L. V., Arana-Gómez, B., de Lourdes García-Hernández, M., Ruelas-González, M. G., Melguizo-Herrera, E., & Ruiz-Martínez, A. O. (2017). Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*, 17(2).

¹³ Sánchez Padilla, L. M., González Pérez, U., Alerm González, A., & Bacallao Gallestey, J. (2014). Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2), 337-349.

¹⁴ Cano, Carlos Alberto; Borda, Miguel Germán; Arciniegas, Antonio J.; Parra, Juan Sebastián; (2014). Problemas de la audición en el adulto mayor, factores asociados y calidad de vida: estudio SABE, Bogotá, Colombia. *Biomédica*, diciembre-Sin mes, 574-579.

¹⁵ Cano, S. M., Garzón, M. O., Segura, Á. M., & Cardona, D. (2015). Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia, 2012. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(1).

¹⁶ Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D., & Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 342-350.

Los Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor según Torres, H. M. L., Sepúlveda, otros (2015)¹⁷. Predominan en este caso en las mujeres, la falta de comunicación desde el ámbito familiar influye a que se presente con más fuerza la inadaptación, jubilación y la desesperanza.

Por último se relaciona la vulnerabilidad al estrés en el adulto mayor con variables sociodemográficas que inciden en que esta vulnerabilidad ocurre por los estilos de vida inadecuados, y la falta de apoyo social¹⁸.

¹⁷ Torres, H. M. L., Sepúlveda, Y. L., Aguilar, J. L. V., & Pérez, R. H. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay*, 21(1), 65-74.

¹⁸ Torres, M. O. S., Lafuente, M. E. R., Díaz, R. P., Sosa, A. C., & Fernández, G. (2015). Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del Policlínico "Joaquín Albarrán". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(2), 159-168.

8. MARCO CONCEPTUAL

8.1. Conceptualización de la vejez y su diversidad

Cuando se le pregunta a un adulto mayor acerca de lo que para él significa vejez la gran mayoría lo toman como una etapa de desventaja en sus actividades debido a que según ellos su ritmo ya no es igual y empiezan aparecer las enfermedades o dolencias. Desde hace mucho tiempo en las culturas de Grecia y Roma, la vejez era considerada como una desdicha, tanto así que morir joven resultaba una virtud ya que no se tenía que soportar la pérdida de la funcionalidad la cual es asociada con el envejecimiento (Sánchez 2004). Luego tanto para Cicerón como para Platón la vejez se destaca como referente a la experiencia recogida en las etapas de vida anteriores y las facultades intelectuales. Lo que permite valorar la experiencia del adulto mayor y su conocimiento frente a las situaciones de vida que en muchas ocasiones sirve como ejemplo ante las sus descendientes más jóvenes.

En muchas otras culturas la vejez se relaciona con la “Sabiduría”, debido a ciertas capacidades que le permiten realizar de manera efectiva algunos procedimientos como en el caso de los pueblos indígenas, los adultos mayores tienen la capacidad de curar, tienen habilidades predictivas entre otros. Autores como Costa A. (2012) define a la vejez como “la etapa de vida reservada a pocos afortunados que fueron capaces de vencer la muerte, los agentes agresivos y las enfermedades; la demostración de fortaleza en relación con otros jóvenes que ya fallecieron y quedaron en el camino”.

8.1.2. Envejecimiento Individual

Es importante mencionar el envejecimiento individual y verse desde un carácter diverso puesto que un ser humano no envejece de igual manera que otro. “El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales”¹⁹. Por tal razón el envejecimiento individual se determina a su vez por las diferentes condiciones sociales, económicas, nutricionales, funcionales, ambientales y culturales en las que los seres han vivido durante las distintas etapas de ciclo vital. Sin embargo, lo más importante es que el adulto mayor tenga un rol social y sea permanentemente activo para que pueda reflejar un envejecimiento de mayor calidad, adaptarse a los cambios, seguir siendo autónomo, creativo, y mantenga una relación positiva con su familia y sociedad.

¹⁹ Bautista, J. E. C., Cuellar, C. S., Mora, M. L. A., & Daza, K. D. R. (2012). Cambios en la aptitud física en un grupo de mujeres adultas mayores bajo el modelo de envejecimiento activo. *Revista de la Facultad de Medicina*, 60(1), 21.

8.1.3. Envejecimiento Poblacional

“las personas envejecen de modo diferente y a distinta velocidad, ya que los procesos son diferentes en distintas partes del cuerpo”²⁰, en cierta manera el adulto mayor tiende a ser más vulnerable a las enfermedades o la capacidad funcional, pero a su vez se puede notar un crecimiento intelectual, emocional, viéndose desde lo individual. De acuerdo a lo anterior es conveniente verlo de manera más preponderante a nivel poblacional debido a que la población de edad avanzada ha ido ocupando gran parte de la sociedad, considerándose cada vez más importante a tener en cuenta; según la ONU debido a la reducción de crecimiento demográfico mundial, la población adulto mayor alcanzará su máximo tamaño en algunos años, es decir de aquí a 2050 el número de personas mayores de 60 años aproximadamente aumentará de 600 millones a casi a 2.000 millones, este incremento se verá mayor reflejado y más rápido en países desarrollados. Por tanto, se ha venido trabajando más hacia el fortalecimiento y cambios de estilos de vida con programas encaminados al adulto mayor, disminuyendo la tasa de mortalidad y mejorando en la salud de esta población.

8.1.4. Aspectos Psicosociales en el adulto mayor

Según PARADELA²¹ (2012), el adulto mayor presenta diferentes cambios psicosociales como la memoria, aprendizaje, inteligencia, afectividad y personalidad. Las relaciones sociales deben ser consideradas como necesidades básicas a todo lo largo del ciclo vital, también en la vejez; bien es cierto que al transcurrir los años en esta última etapa es probable que distintas experiencias como la salida de los hijos del hogar, viudez, cambios al adquirir nuevos roles como ser abuelo o abuela, la pérdida del círculo de amigos entre otros, produzcan cambios en la disminución en la red social. Por lo tanto, estos factores influyen en el deterioro de los sistemas orgánicos, como en el nervioso, cardiovascular y otros cambios a nivel psicológico, realización de tareas cotidianas, todos son atribuidos a la edad.

²⁰ A.S.STAAB, L.C HODGES, Enfermería Gerontológica, editorial McGraw-Hill, Mexico Noviembre 19 de 1998. Pág. 3-5

²¹ Paradela Torices Isabel. Aproximación al estudio de la vejez. En: edición especial actividad física y adulto mayor, kinesis.vol 34(2012); p-41

8.1.5. Nutrición en el adulto mayor

La alimentación y las prácticas alimenticias en el adulto mayor tienen mucho que ver con la esperanza de vida. Los estados carenciales de los distintos nutrientes son más frecuentes en esta etapa, es cierto que en anteriores generaciones llegar a la vejez era señal de una adecuada alimentación y que tradicionalmente también se transmitía. Pero actualmente distintas investigaciones señalan que ciertos problemas nutricionales en el adulto mayor dan lugar a “alteraciones orgánicas importantes y estas pueden ser de tipo inmunológico (los anticuerpos se elaboran en el organismo gracias a las proteínas), lo que favorecerá la aparición de patologías relacionadas con déficits inmunológicos o de otro tipo”²².

8.1.6. Funcionalidad en el adulto mayor

“La OMS y la OPS, con el apoyo de múltiples reuniones de expertos, han establecido siete aspectos que miden el estado de salud funcional:

- Las actividades de la vida diaria, entre ellas las instrumentales y las básicas del diario vivir.
 - la salud mental, principalmente el estado cognitivo y el estado de ánimo;
 - la funcionalidad sicosocial, concepto cada vez más relevante, en términos de la capacidad de responder a las exigencias de cambio;
 - la salud física, donde se centra toda la patología crónica, por lo general;
 - los recursos sociales;
 - los recursos económicos con relación a un parámetro de país, es decir, con un indicador de pobreza, pues no siempre se puede realizar comparaciones entre países según el ingreso per cápita, sino de acuerdo con un parámetro local;
 - los recursos ambientales, cuya importancia es cada vez mayor. Por ejemplo, la facilidad que tenga un adulto mayor para usar adecuadamente su casa o para salir de su domicilio y acceder a un consultorio de atención primaria”²³.

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el adulto mayor. Es necesario en esta investigación hablar sobre el fortalecimiento de la actividad física de una manera cuidadosa durante esta etapa de vida, actividades cotidianas como caminar, jardinería, tareas domésticas, baile. Permite modificar el sedentarismo, disminuir enfermedades, tomando un impacto positivo y notable de bienestar general²⁴.

²²Genua Goena María Eugenia, nutrición y valoración del estado nutricional en el anciano. Agosto de 2012. pág. 3 / 21. En: <http://www.matiaf.net/profesionales/articulos>

²³ Dra. Silva Juana, Instituto Nacional de Geriátrica: Evaluación Funcional Adulto Mayor. EFAMChile.(2013)

²⁴ Ramos, M. E. F., Gonzalez, A. M., & Pacheco, C. A. C. (2016). RECREACIÓN, EJERCICIO Y CUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE EN LA VEJEZ/RECREATION, EXERCISE AND OCCUPANCY OF FREE TIME IN OLD AGE. Revista Edu-Física, 8(18).

8.1.7. Vulnerabilidad al estrés

En cualquier edad el estrés constituye un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas. Los estilos de vida y la falta de apoyo social son los principales indicadores a la hora de señalar la vulnerabilidad al estrés en los adultos mayores. Zaldívar conceptualiza “vulnerabilidad como la relación existente entre la valoración y significación de las consecuencias que un evento tiene para el individuo, y la valoración que este hace de los recursos de los cuales dispone para afrontarlo, o sea, la relación existente entre la valoración de las demandas y exigencias que aparecen ante el sujeto y la valoración que este hace de los recursos de afrontamiento con los cuales cuenta o cree contar”. El origen del estrés en el adulto mayor se relaciona con la pérdida de un ser significativo, el retiro de la vida laboral, la falta de apoyo por parte de su familia, las enfermedades o pérdidas de algunas capacidades sensoriales, el sentimiento de soledad afecta significativamente desajustándolos emocionalmente y haciéndolos más vulnerables²⁵.

8.1.8. Relaciones y entorno familiar

El entorno familiar es el microsistema fundamental más cercano y primario en los seres humanos, gracias a esta fuente se puede obtener un crecimiento o desarrollo personal y social. En la vejez, como lo señala (López et al, 2017), la vida puede estar marcada por la integridad o por la desesperanza, dependiendo de los entornos en los que se haya vivido y de las relaciones que se hayan mantenido durante su transcurrir. Sin embargo en algunos casos suele verse al adulto mayor y contar con él en la familia sobre todo en las multi-generacionales de una manera interesada, es decir, más por razones socioeconómicas que afectivas. Pese a esto los vínculos familiares para el adulto mayor son significativos en el grado de bienestar que les genera sentir esa compañía por parte de la familia, aunque no se le esté dando la verdadera importancia y afecto.

8.1.9. Apoyo social y familia en edad avanzada

“las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación”²⁶. En este caso esto se refiere al apoyo social, que opera en las redes como transferencias de acciones e información que se intercambia o circula. La familia es una de las fuentes más importantes en el apoyo y cuidado de la vejez, en la medida

²⁵ Torres, M. O. S., Lafuente, M. E. R., Díaz, R. P., Sosa, A. C., & Fernández, G. (2015). Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del Policlínico "Joaquín Albarrán". Revista Cubana de Medicina General Integral, 31(2), 159-168.

²⁶ Khan R.L. y Antonucci Toni (2012) Convoys over the life course: attachment, roles and social support. En: P.B. Baltes y O. Brim (eds.), Life-span development and behavior, Vol. 3, pp. 254-283. Boston: Lexington.

en que se trasfieren recursos materiales, de cuidados afectivos, cognitivos en la vida cotidiana. En este caso en la investigación y también partiendo de la condición actual, evidente de una desigualdad de género, la mujer es a la que más se la ha sobrecargado con funciones de cuidado de hijos esposo y labores domésticas. Por tanto, deberían existir los apoyos distintos como la ayuda en las tareas del hogar, el cuidado y el acompañamiento. Apoyos emocionales que incluirían la transmisión de afecto, la empatía, la preocupación por los demás, etc., y los cognitivos a través de la transmisión de información, de consejos, etc. Son evidentes los efectos positivos que reportan los apoyos sociales en los adultos mayores (Pillemer, Moen, Wethington y Glasgow, 2012). Esos beneficios se traducen en bienestar para las personas mayores y sus familias, disminuyendo los sentimientos de aislamiento y el aumento de conductas saludables (¹ Castellano Fuentes, Carmen Luisa; (2014).

9. METODOLOGÍA

9.1. DESCRIPCIÓN DE CONTEXTO

La ciudad de Villavicencio, es el municipio más grande y capital del departamento del Meta, la extensión del municipio según la ficha municipal DNP es de 1.328 km² .. Así mismo, Villavicencio hace parte de la Subregión del Capital Cordillera creada según la Ordenanza 851 de 2014, la cual es compartida con los municipios Restrepo, El Calvario, San Juanito, Cumaral y Restrepo. Villavicencio cuenta con un total de población de 495.227 habitantes la cual posee un Índice de Envejecimiento (IEV) de un 23,08% y un Índice de Sobre envejecimiento (ISV) del 0,53%. El total de población con edad entre 41 y 60 años es de 107.782 (21,76 % de la población total del Municipio), de esta población 50.426 son del género masculino (10,18% total Municipal) y 57.356 al género femenino (21,76 % total Municipal). (Ficha Municipal, Gobernación del Meta, 2016).

Villavicencio está conformada por 8 comunas, entre estas la comuna cinco se conoce como el antiguo camino ganadero y san Antonio. Está compuesta por los barrios Popular, Dos Mil, Olímpico, Villa Ortiz I, Villa Ortiz II, Las Camelias, Guadalajara, Cataluña, Carolina, Kirpás, Bello Horizonte, Nueva Floresta, El Vizcaya, Hacaritama, Villa Mérida, Gaviotas. Es una comunidad de estrato uno y dos, cuenta en la actualidad con supermercados, droguerías, bares, bomba de gasolina, ferreterías y bastantes tiendas que favorecen la cercanía de los alimentos para las familias.

Tiene una población de 1065 habitantes, está compuesta en un 40% de nativos, y un 40% que llegó desde otras partes del país, familias desplazadas de la cordillera, por lo que la mayoría de viviendas son propias ya que fueron adquiridas hace años mediante programas de interés social.

El nivel educativo de sus habitantes está clasificado así: 60% personas que no terminaron la primaria, 20% personas que terminaron bachillerato y el 10% analfabeta. El 40% de las familias profesan la religión católica y el 60% pertenecen a otras religiones que proliferan en el sector.

Seguidamente en la comuna cinco es un sector que cuenta con una iglesia, un CAI móvil, un salón comunal y un parque recreativo donde se realizan actividades como Zumba, cine al parque y ejercicios para los adultos mayores, debido a que está diseñado con unas zonas verdes amplias, se observan también varias tiendas, droguerías e instituciones educativas; con esto se puede decir que, gracias a su ubicación es un barrio muy comercial y de mucho flujo vehicular y peatonal; un punto a resaltar muy importante de este barrio es la nula presencia de fuentes de contaminación como la industria petroquímica, la Industria minera, los

agroquímicos, estaciones de servicio, ferrocarriles y la disposición de residuos peligrosos; para concluir el barrio es acorde para cualquier adulto mayor en cuanto que a la hora de dormir o descansar pueden lograr conciliar el sueño y no sufrir de ningún problema de contaminación auditiva.

9.2. POBLACION Y MUESTRA

Población

El adulto mayor de la comuna cinco de la ciudad de Villavicencio, la cual tiene una cifra de 1065 habitantes donde un 26,5 % son pertenecientes a la población adulto mayor.

Muestra

Es por conveniencia será un adulto mayor y su familia teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Pertenezca a la comuna cinco.
- Que acepte el consentimiento informado.
- Persona mayor de 60 años
- Que tenga una familia o red de apoyo.
- Que tenga la capacidad de salud mental

9.3. INSTRUMENTOS

9.3.1. Los instrumentos utilizados para las variables cuantitativas son:

- Índice de Barthel, que mide y valora la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria (**anexo 1**)
- La Escala Lawton y Brody, valora el índice para actividades instrumentales de la vida diaria (**anexo 2**)
- MINI-MENTAL, Examen cognitivo Valoración cognitiva (**anexo 3**)
- valoración afectiva: test de Yesavage para evaluar el estado afectivo de los ancianos (**anexo 4**).
- Escala de Tinetti, Para la Valoración de la marcha y el equilibrio (**anexo 5**)
- Índice de Charlson para valorar la comorbilidad (**anexo 6**)
- Caracterización social: Se aplicó una encuesta que contenía variables sociales, demográficas y de salud (**anexo 7**).

9.3.2. Para las variables cualitativas se trabajaron los siguientes instrumentos:

Mediante estos instrumentos se identificó el entorno familiar, percepción del envejecimiento y necesidades del adulto mayor:

- **Entrevista semiestructurada:** La cual es la formulación de preguntas de carácter flexible que permiten generar otras preguntas no prediseñadas, acorde a la información que va aportando el entrevistado (**anexo 8**).
- **Observación:** esta constituye un método de toma de datos destinados a representar lo más fielmente posible lo que ocurre, la realidad. (Escartí et al, 2013).
- **Diario de campo:** Vásquez (2012) hace un análisis del diario de campo como un referente fundamental para la clasificación, codificación y categorización de la información, dentro de un proceso de investigación etnográfica, por lo cual el diario se convierte en un objeto de estudio que aporta datos, permitiendo registrar los hallazgos de cada sesión.

9.4. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

9.4.1. Adulto mayor:

Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad. (MINSALUD)

9.4.2. Familia:

La familia como institución, la familia es una serie de abstracciones de la conducta, un sistema de normas que tienen el carácter de reglas de comportamiento para sus miembros. Las normas sociales se organizan en patrones que son particulares para cada tipo de institución según el área de la vida de la cual se ocupe. Le corresponde garantizar:

El adecuado funcionamiento biológico de los individuos de la sociedad.

La reproducción de sus miembros.

Su adecuada socialización.

La provisión y distribución de los bienes y servicios.

El mantenimiento del orden dentro del grupo y su relación con el resto del sistema social. (Hernández, 2015, p. 14).

9.5. PLAN DE ANÁLISIS

Para esta actividad se realizó en los siguientes momentos:

Momento 1

Acercamiento a la comunidad: En este espacio se identificó la comunidad el lugar, el líder del barrio y se solicitó el permiso conocimos los adultos mayores y sus familias y finalmente conocimos el adulto mayor que vamos a trabajar.

Momento 2

Recolección de la información: Se aplica los instrumentos para identificar las variables cualitativas en tanto al adulto mayor y su familia en cuanto a las variables cuantitativas se permitió atreves de la valoración del estado de salud de los adultos.

Momento 3

Procesamiento de los resultados: Se procesa la información cuantitativa con el programa SPS y los resultados cualitativos la información cualitativa atreves de las herramientas de Word y Excel donde emergen categorías y subcategorías para el posterior análisis.

Momento 4

Confrontación teórica: en esta se realiza la confrontación de la discusión y resultados con el marco referencial, se elabora el informe final con los criterios establecidos y el artículo científico.

9.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del proyecto se tuvo en cuenta la normatividad propuesta en Colombia mediante la resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de salud:

Por la cual se establecen las normas, académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Artículo No.6 que establece: “La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a ciertos criterios, entre ellos: se debe ajustar a los principios científicos y éticos que la justifiquen, debe prevalecer la seguridad de los sujetos de investigación”, sin vulnerar ninguno de los principios universales: respeto por las personas, autonomía, beneficencia y justicia. Lo anterior se evidenció mediante la utilización del consentimiento informado y salvaguardando la información recolectada (MINSALUD, 1993, p.1-4). **(Anexo 9)**

10. RESULTADOS

10.1. CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y DEMOGRÁFICAS DEL ADULTO MAYOR.

Adulto mayor de 61 años, nacido en Choachi Cundinamarca, actualmente vive en la ciudad de Villavicencio, estado civil en unión libre, estrato socioeconómico nivel 1, vive en casa propia que consta de servicios públicos, convive con una de sus hijas y sus 4 nietas. Es madre de tres hijas. Escolaridad hasta noveno de básica secundaria, actualmente vive en el barrio Las Gaviotas el cual pertenece a la comuna 5 conocido como el camino ganadero en la ciudad de Villavicencio. La señora es ama de casa no cuenta con ningún tipo de pensión y sus ingresos económicos provienen de sus hijas.

Actualmente es muy activa. En cuanto al estado de salud del adulto mayor es favorable para su ciclo vital, aunque presenta diagnóstico de Púrpura Trombocitopenia Inmune (PTI) hace 5 años, también Hipertensión. Cuenta con afiliación a régimen de seguridad social y asiste mensualmente a controles médicos.

El ciclo familiar de la familia según Duvall, E. M. (1977) se encuentra en la etapa VII, edad madura de la familia, dos de sus hijas ya no viven en el hogar, el adulto mayor cuenta con nietos y está al cuidado de ellos. Así mismo en cuanto a los vínculos familiares se evidencia relación cercana con la hija de 37 años y sus nietas, también existe continua comunicación con sus otras dos hijas fuera del hogar que, aunque no viven en la ciudad están pendiente del adulto mayor. Sin embargo, hay conflictos de convivencia y apoyo mutuo ya que el adulto mayor asume su rol de abuela cuidadora.

Finalmente, el adulto mayor manifiesta que quiere pasar más tiempo con su familia (fortalecer la cohesión) y que el liderazgo sea cedido a otras personas para que las cargas en la distribución de roles y reglas sea más equitativa entre los miembros de la familia.

10.2. Cuadro N° 1. VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	OBJETIVO	PUNTAJE (el resultado del instrumento)	RESULTADO
INDICE DE BARTHEL	Este instrumento tiene como objetivo medir la capacidad del adulto mayor para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia o independencia del sujeto.	100/100	Según la puntuación obtenida se puede observar que el adulto mayor con un rango de edad de 61 años obtuvo clasificación de funcionalidad en actividades básicas de vida diaria de <u>independiente</u> , lo cual evidencia capacidad física en el adulto mayor para llevar a cabo esas actividades.
LA ESCALA LAWTON Y BRODY.	Permite valorar la autonomía física del adulto mayor y las actividades instrumentales de la vida diaria, la escala se valora en 8 ítems y a cada uno se le asigna un valor numérico de 1 (independiente) o 0 (dependiente).	8/8	De acuerdo al instrumento aplicado se evidencia que el adulto mayor presenta <u>independencia</u> total, es decir puede valerse por sí mismo, puede asumir sus responsabilidades y satisfacer sus necesidades sin recurrir a otras personas o depender de estas para realizarlas.
EL EXAMEN COGNITIVO MINI-MENTAL.	Proporciona un análisis breve y estandarizado del estado mental, consta de 30 ítems agrupado en 11 secciones que exploran 5 áreas cognitivas como: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje.	≥30	El Instrumento del MEC aplicado al adulto mayor obtuvo una puntuación de 30 lo cual quiere decir que <u>probablemente sin deterioro</u> .
TEST DE YESAVAGE.	Esta escala de depresión permite evaluar el estado	2	De acuerdo a la valoración del instrumento se

	afectivo del adulto mayor. Consta de 15 ítems que permiten abordar preguntas sobre su estado emocional o sentimental. Su uso puede mejorar el infra diagnóstico de la depresión en estas edades.		considera un estado normal la puntuación de 0 a 5 puntos, el adulto mayor en este caso obtiene 2 puntos lo cual indica un estado afectivo normal.
LA SUB ESCALA DE TINETTI.	Esta escala observacional permite evaluar, a través de dos sub-escalas que exploran el <u>equilibrio</u> (estático y dinámico) y <u>la marcha</u> . La sub-escala de equilibrio consta de 13 ítems cuyas respuestas se categorizan como Normal, Adaptativa o Anormal. La sub-escala de marcha responde a Normal o Anormal y consta de 9 ítems. Este test es capaz de detectar a sujetos en riesgo de caídas, solamente evalúan uno de los factores de riesgo, como son las alteraciones en la marcha y el equilibrio.	<26	De acuerdo a la puntuación obtenida la cual es una puntuación mayor, que quiere decir que a mayor puntaje menor es el riesgo de caídas, a mayor puntaje, mejor funcionamiento tanto en la marcha como el equilibrio.
EL ÍNDICE DE CHARLSON.	En este caso se utiliza el índice de Charlson versión abreviada, el cual permite evaluar el índice de comorbilidad del adulto mayor. En general, se considera ausencia de comorbilidad entre 0 y 1 puntos, comorbilidad baja cuando el índice es 2 y alta comorbilidad cuando es igual o superior a 3 puntos. Aunque aparente- mente pueda parecer menos preciso que la versión original completa, su utilidad pronostica es similar a corto plazo	1	En este caso el instrumento de Índice de Charlson nos muestra un puntaje de 0 a 1 puntos, lo cual quiere decir que el índice de comorbilidad del adulto mayor es baja.

10.3. CONTEXTO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR.

10.3.1. Categoría I: Percepción del envejecimiento:

El adulto mayor tiene una percepción propia acerca del envejecimiento, en este caso lo determina como una etapa que debe ser esperada y asumida de la mejor manera; también se hace importante para el adulto contar con su familia. El envejecimiento no es problema si se cuenta con actividad física y que el adulto pueda sentirse útil socialmente.

Subcategoría I: ¡Vejez no es sentirse viejo! Ni tampoco son los años:

“El hecho de llegar a la vejez a mí me hace sentir feliz “sonríe”, porque la vejez no es sentirse viejo, ni tampoco son los años, pues eso digo yo en mi caso, que siempre doy gracias a la vida, porque esta etapa que vivo me ha enseñado muchas cosas, a ver el mundo de una manera real y aterrizada, en mi caso como madre y abuela puedo brindar unos conocimientos a mis familiares gracias a mi experiencia”. AM

“La vejez es una etapa donde podemos estar agradecidos a la vida, yo admiro a mis padres porque ellos se la disfrutaban sobre todo por sus nietas, y gracias a su experiencia, aunque ya las generaciones cambian ellos me siguen enseñando que los valores en la persona son muy importantes y son los que lo hacen a uno sentirse orgulloso al paso de los años”. FM

Subcategoría II: Uno muere no necesariamente por viejo:

“Para mi ser viejo no necesariamente es malo, porque si nos ponemos a pensar en la muerte por decir: de algo, uno se muere, ya se viejo, niño, joven, como sea, el hecho de que sea viejo ¿me voy a morir? ¡Es mentira! ¡O, porque ya estoy viejo todo se me acabó! ¡Es mentira!, para eso tenemos una juventud y por eso debemos aprovecharla, para cuando estemos viejos no estemos añorando “yo por qué no hice esto, o lo otro”. Para mi ser viejo no significa que me voy a morir que ya estoy “arrugada” AM”

“¿Pensar en la muerte? Yo creo que todos alguna vez lo hemos hecho. Pero en el caso de pensar que mis padres me falten, claro que uno esas cosas prefiere no pensarlas, nadie quiere que las personas que uno ama se mueran, sin embargo, hay casos donde las personas que padecen alguna enfermedad desean su muerte por evitar tanto sufrimiento. Mi mamá siempre me ha dicho que uno no debe ser tan “quejambroso” y que si uno le hace cama a las enfermedades hay se queda, y por eso claramente ella nos da ejemplo al no querer quedarse quieta así sea con las labores de la casa” FM.

Subcategoría III: Los cambios a esta edad son inevitables, pero hay que saberlos llevar.

“¡Cambios! “pensativa” ya no hay habilidades, ya uno no es tan ágil en cuestión física, ya uno lo piensa para cualquier actividad o movimiento brusco. Otros aspectos son las enfermedades que le aparecen a uno y lo tratan de arrinconar, aunque de joven también uno se enferma, pero ya a esta edad atacan más fuerte o los achaques son más fuertes, sin embargo, a mí no me gusta hacerles cama a las enfermedades porque cuando más se queda quieto más se enferma”. AM

“¡Sí, es cierto! Los cambios son notorios, la habilidad que se tenía para ciertas cosas ya no es igual, la pérdida de memoria, a mi mama a veces se le olvida donde deja las cosas y “terca” como ella sola; pero hay que ser pacientes y entenderlos para que se sientan bien, ella sabe cómo manejar las cosas me gusta que no se encierra en lo negativo y le busca la solución a todo”. FM

10.3.2. CATEGORÍA II: BIENESTAR Y DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR

Bien es cierto que las enfermedades debilitan el bienestar en los adultos mayores, principalmente su bienestar fisiológico, sin embargo, para el adulto mayor priman otras necesidades que van más allá de estar o sentirse saludable. Si su familia está con él puede ser su mayor bienestar, si su familia se encuentra bien y juntos comparten momentos inolvidables eso le brinda bienestar.

Los adultos mayores actualmente se encuentran en situación de vulnerabilidad y dependencia económica, en la mayoría de casos, cada vez son pocos los que reciben una pensión, se jubilan o cuentan con una actividad laboral. Está a la vez puede considerarse una situación ventajosa o con desventaja de acuerdo a la percepción de él y su familia.

Subcategoría I: ¡Sí mis hijos están bien, yo también lo estaré!

“Sí, yo vivo de los ingresos de mis hijas, Carlos no trabaja, ni yo tampoco. Hoy en día el trabajo está difícil, siempre pienso y quiero lo mejor para mis hijas, si ellas están bien yo también voy a estar bien, entonces eso es lo que yo quiero o quisiera, que ellas tengan un buen empleo y una mejor vida y así yo también tengo una vida mejor para mí y para los hijos de ellas”. AM

“Ella goza de buena salud, pero a mi mama le falta como salir más, porque solo se la pasa en la casa. Pero yo también soy consciente que ella me cuida a mis hijas y no le queda tiempo; ella se preocupa porque todos estemos bien, y en verdad somos nosotros los que no dedicamos a agradecerle, no tanto con dinero sino con tiempo para que disfrute se relaje. Siempre me he sentido mal por eso, pero mi trabajo no me da mucho tiempo para disfrutar de ciertos momentos o espacios”. FM

Subcategoría II: Cuidar de los nietos es una mágica inyección de vida

“Desde hace ya tres años cuido y me he encargado de la crianza de mi nieta que es hija de mi hija menor, una mamá joven que por circunstancias de la vida no podía hacerse cargo de la crianza de la niña y menos en una ciudad como Bogotá. Desde que la niña está en la familia ha sido una verdadera razón para amar la vida, valorar y disfrutar de la vejez gracias a ella, a sus “ocurrencias”, verla crecer con buenos valores, ver como lo que yo hago o digo influye en la forma de ser o expresarse de ella, desde que ella está en nuestra casa incluso el estar bien para ella es una motivación y también una necesidad”. AM

“Es cierto que el cuidado de los nietos para mi mama puede ser agotador, yo sé que ella, se sentía mucho mejor cuando sólo estaba con la hija de mi hermana menor, sin embargo, yo admiro y agradezco su ayuda conmigo, ahora por cuestiones económicas vivo con ella y mis tres hijas, que mientras trabajo ella las cuida. Yo a ella le colaboro económicamente por su ayuda, y aunque a veces la noto cansada, pero en parte gracias a la labor y responsabilidad que ella asume, ella se mantiene muy activa, las niñas adoran a su abuela”. FM

10.3.3. CATEGORÍA III: ROLES Y CONVIVENCIA CON EL ADULTO MAYOR

A lo largo del ciclo de vida familiar surgen nuevos roles, funciones y responsabilidades que, si no cuentan con la buena comunicación y apoyo, la parte emocional, afectiva y social se ve afectada. Aunque el adulto mayor demuestre que puede ser muy independiente en la mayoría de actividades diarias, también necesita que su familia asuma responsabilidades y se ponga un poco en su lugar. De vez en cuando necesita descansar sobretodo de ese rol cuidador que tiene al por estar a cargo de sus nietas y de la casa.

Subcategoría I: Toda la carga, liderazgo o autoridad recae sobre mí

“Pues mi esposo es el que siempre está pendiente de mí, ya que es el que más mantiene en la casa. Porque mi hija se va a trabajar. De resto nadie. Y pues la verdad en cuanto a mi esposo es poco lo que me puede o le nace ayudar, él no le gusta casi salir, ni siquiera tener que recoger a sus nietas al colegio, es poco sociable, aunque en casa le gusta mucho jugar con mi nieta de 6 años “sonríe”. La verdad a veces pienso que sería bueno que tanto mi hija como esposo de vez en cuando asumieran esa autoridad, mejor dicho, que hubiese más tareas compartidas”. AM

“Mi papa se queda con ella en la casa, entonces está acompañada. Cuida de ella, le colabora en los que hacerles del hogar, pero eso si no le gusta nada que ver casi con las niñas, él juega con ellas, pero no las va a recoger al colegio”. FM

Subcategoría II: ¡Hace falta sentarse hablar!, las conversaciones con risas y mirándose a los ojos.

“En esta familia, pasa que nos dejamos llevar por la monotonía, la cotidianidad, el sólo producir, trabajar, cuidar nietos “suspira”, no quiero decir que todo de hecho es malo, pero la convivencia y las relaciones entre todos sería mucho mejor si nos sentamos más seguido a conversar, que exista un dialogo de cariño, agradecimiento; no sólo los temas de necesidades económicas, reclamos, gritos o otras cosas. Es cierto que no somos tan “compincheros” o que andamos rodeados de mucha gente, pero por lo menos nosotros en familia, sí debería existir una mejor comunicación”. AM

“La verdad me queda muy duro ya que por mi trabajo no me queda casi tiempo de sentarme una tarde hablar con los de la casa. Siempre llego en la noche del trabajo y le pregunto a mi mama como se portaron las niñas en el día, y a mis hijas les reviso si ya hicieron las tareas y cómo les fue en el colegio”. FM

“En esta familia somos muy secos, nosotros estamos más que todo es pendiente de las niñas y el comportamiento de ellas”. FM

Subcategoría III: La afectividad la recibe uno más de los nietos que los propios hijos

“Los hijos crecen y como que se les olvida dar un abrazo, un beso un buen halago, en cambio los nietos, ellos si transmiten mucho amor, sus besos y sus abrazos son esa vitalidad que uno necesita en esta etapa de la vida “suspira y sonríe”. La verdad es contada las veces que he sentido ese cariño por parte de mis hijas e incluso de mi esposo. Hace falta sensibilizarnos un poco más, yo también soy consciente que tampoco lo hago”. AM.

11. DISCUSIÓN

11.1. CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y DEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR

En la investigación se hace un ejercicio de caracterización de adulto mayor de sexo femenino edad de 61 años que cumple con el rol de abuela cuidadora y cuya familia se encuentra en la VII etapa del ciclo vital según Duvall, E. M. (1977). Familia de edad madura. Se hace una comparación con un estudio realizado en Lima –Perú²⁷ cuyos resultados en lo general confirman que a más edad mayor es la alteración en sus actividades básicas y actividad funcional.

En estudios realizados en Europa y América, en los últimos 12 años, hablan sobre el sentimiento de soledad, ésta se ha relacionado con variables sociodemográficas como: edad, estado civil, estatus socioeconómico y nivel educativo; otros aspectos que se tienen en cuenta: calidad de las redes sociales y contacto con los amigos, la depresión, los factores genéticos, la falta de afiliación religiosa y la violencia doméstica, entre otros. (León et al., 2013, p. 11).

De acuerdo a lo mencionado anteriormente los adultos mayores son los más vulnerables a la soledad. (Cardona et al., 2013) da un ejemplo de la soledad la cual nombran como forma de “U” que se percibe alta en la juventud, baja en la adultez y nuevamente alta en la vejez.

En este caso el adulto mayor vive en unión libre y goza de la compañía de sus nietas lo que para este sujeto significa una “inyección de vitalidad” que le ofrece la vida, un intercambio emocional positivo, por tanto, no presenta soledad y esto a su vez permite que no se acreciente un deterioro físico, ya que necesita, se propone estar y sentirse bien para disfrutar de la compañía de sus seres queridos.

Hernández, B. N. P. (2015) Hace un reconocimiento de las características sociodemográficas de los adultos mayores que permite caracterizar a su vez la dependencia o los factores que influyen como la edad, el tipo de educación, las redes de apoyo, las ocupaciones y la situación económica. En el caso de la familia de este adulto mayor cuyas relaciones se enfrentan más al cuidado como abuela y a una situación económica dependiente por parte del adulto mayor hacia sus hijas.

La aproximación sistémica de la familia se enmarca a la concepción del todo lo que el adulto mayor puede construir cuando esta aun conviviendo con su familia. En la

²⁷ Zuñiga, A., (2012). *Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados” de Lima. Mayo del 2012* (tesis de pregrado) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

actualidad, el 8% de la población mundial tiene más de 65 años, y se espera que en 20 años este porcentaje aumente al 20%; muchas de estas personas incluso serán mayores de 80 años.

El hecho de que adulto mayor se sienta útil en su familia ya sea al cuidado de sus nietos, esto le genera satisfacción y deseo de vivir. Un estudio realizado en España indica que los abuelos españoles dedican una media de seis horas diarias al cuidado de sus nietos, lo que supone en muchas ocasiones más tiempo del que los propios padres dedican a sus hijos. (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) 2014), En Zambia el 30% de las mujeres mayores tienen la responsabilidad de cuidar al menos un nieto sin la presencia de familiares de generación intermedia. (OMS, Informe de envejecimiento y salud, 2015). Lo anterior también evidencia que al adulto mayor de género femenino es al que más recae esa responsabilidad.

En Colombia, las familias valoran el rol de abuela cuidadora, particularmente en la conformación de familias extendidas, pues se convierte en un recurso social para las personas (en cuanto al cuidado de los niños) y una fuente de apoyo emocional en situaciones difíciles (separación, divorcio, maternidad adolescente, viudez, desplazamiento forzado).

Con el trabajo realizado en esta población perteneciente al departamento del Meta se evidencia que el adulto mayor, aunque no esté vinculado a un ambiente laboral, sus actividades diarias y cuidado de sus familiares son parte esencial para no sentirse aislado y resignado en asumir una etapa que es poco valorada, una etapa que muchos la no visibilizamos.

11.2. VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR.

De acuerdo a la aplicación de los instrumentos que permiten valorar el estado de salud de los adultos mayores en el caso de esta abuela cuidadora, existe un grado de funcionalidad independiente según señala el índice de Barthel cuyo puntaje obtenido fue de 100/100 puntos, comparando esta situación con un estudio realizado en Lima – Perú donde Se entrevista a 143 adultos mayores de una Casa – Asilo (Zuñiga, A., 2012, p. 9), del cual el 41.95% es de sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 78 años, el 68.53% son independientes, requieren ayuda 24.47% y un 7% son dependientes. En conclusión, de ese estudio se afirma que, a mayor edad, es mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas, por otro lado, la prevención de la discapacidad funcional del Adulto Mayor se inicia evaluando sus Actividades Funcionales Básicas con el Índice de Barthel. En verdad es cierto que son pocos los estudios que evidencien que el género femenino logra un buen grado de independencia.

Con respecto a los datos obtenidos en la escala Lawton y Brody. Se obtiene una estratificación de 8/8 puntos esto evidencia que el adulto mayor presenta independencia total, es decir puede valerse por sí mismo, puede asumir sus responsabilidades y satisfacer sus necesidades el adulto mayor es muy autónomo.

El examen cognitivo mini-mental aplicado al adulto mayor evidencia un estado probable sin deterioro, el adulto mayor que se encuentra en el rol de abuela cuidadora, como en muchas ocasiones debe acompañar a sus nietas en la realización y apoyo de tareas que deja la escuela, esto permite que ella este constantemente leyendo y estudiando a la vez, para ejercer su total apoyo en dicha labor, pero esto también le permite a ella ejercitar su parte cognoscitiva, sentarse y resolver tareas con sus nietas le permite adquirir y brindar continuos conocimientos.

En cuanto al test de Yesavage que permite evaluar el estado afectivo del adulto mayor, este muestra una puntuación de 0 a 2 puntos que evidencia un estado afectivo normal, pero como es una prueba tamizaje no siempre sus resultados son 100% reales. Hoy día gracias a la definición de la OMS se sabe que la salud es el completo estado de bienestar, tanto físico, mental, emocional, y no solo la carencia de enfermedad, por ende, está condicionada por múltiples factores. Esto hace referencia al carácter integral del ser humano donde, así como un estado físico poco saludable puede afectar la emocionalidad, también los estados emocionales y las condiciones ambientales, sociales, históricas influyen sobre el estado físico.

La subescala de Tinetti evidencia un puntaje de <26 el cual indica un menor riesgo de caídas por parte del adulto mayor. Esta subescala fue desarrollada por la Dra. Mary Tinetti en (1986) en la Universidad de Yale, en principio destinada a la evaluación de adultos mayores muy discapacitados y luego modificada y adaptada a todo tipo de adultos mayores. Gracias a este resultado se puede afirmar que el adulto mayor en cuanto a su equilibrio y su marcha presenta menor riesgo de caídas gracias a su constante actividad diaria.

Finalmente, el índice de Charlson aplicado al adulto mayor indica una baja comorbilidad, sin embargo, en otros estudios sobresale la importancia de su aplicación como predictor de supervivencia. En un caso como la presencia de ciertas enfermedades es importante que se realice la aplicación de este índice de manera anual. La presencia y gravedad de las enfermedades acompañantes en personas con enfermedades crónicas desempeñan un papel relevante en el pronóstico del mismo. “Internacionalmente se han realizado pocos estudios, en su mayoría españoles, empleando distintos índices para determinar el valor pronóstico asociado a la comorbilidad y separar su efecto de otros factores pronósticos o intervenciones terapéuticas”.(Chacón et al., 2017)

11.3. CONTEXTO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR.

11.3.1. CATEGORÍA I: PERCEPCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO:

El adulto mayor percibe el envejecimiento de una manera natural y positiva siempre y cuando pueda desarrollar diferentes actividades diarias las cuales lo hacen sentir activo y saludable. Un estudio realizado de un artículo derivado de la investigación de desarrollo para la universidad de Antioquia hace referencia a que “cada cultura intenta encontrar su propio significado de envejecimiento, asumiendo como ciertas, concepciones basadas desde el imaginario social, lo que ha promovido interpretaciones erróneas y con esto un temor a envejecer. Como resultado de estas interpretaciones surgen los mitos y estereotipos negativos frente a lo que significa este proceso normal que hace parte del ciclo vital” (Alvarado y Salazar, 2014). Lo anterior permite que podamos confrontar un poco lo que piensa el adulto mayor que habita en el departamento del Meta, y a su vez permite tener en cuenta como el contexto y la cultura influye en la percepción de envejecimiento.

El envejecimiento es valorado por el adulto mayor como una etapa llena de experiencia, y gracias a esa experiencia se tiene una visión de la vida más aterrizada, sentirse orgulloso al paso de los años por los valores a sus hijos, verlos crecer y formar familia. Entre tanto, también es importante resaltar la investigación de (Ramos et al, 2016). La cual habla de la vejez como una etapa en la que se debe vivir de manera activa. “Se afirma que los mayores de 65 años presentan diferentes modificaciones a nivel de órganos y sistemas del cuerpo humano importantes para la comprensión del declive de su capacidad funcional y la disminución de la resistencia al estrés y a las enfermedades”. La actividad física es sumamente importante para mejorar la calidad de vida y retarda el deterioro funcional.

Sentirse viejo depende de sí mismo, para el adulto mayor que vivencia unos cambios sobretodo fisiológicos, también afirma que a esa edad se evidencian y son inevitables aspectos como las enfermedades, las destrezas o habilidades para la realización de diferentes actividades, quedarse “quieto” no es una opción.

11.3.2. CATEGORÍA II: BIENESTAR Y DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR

Según Félix Alemán (2012) el adulto mayor presenta diferentes cambios psicosociales como la memoria, aprendizaje, inteligencia, afectividad y personalidad. Las relaciones sociales deben ser consideradas como necesidades básicas a todo lo largo del ciclo vital, también en la vejez; bien es cierto que al transcurrir los años en esta última etapa es probable que distintas experiencias como la salida de los hijos del hogar, cambios al adquirir nuevos roles como ser

abuelo o abuela, en esta investigación el adulto mayor relaciona su bienestar también con su situación económica y afectiva. La presencia de los nietos es parte fundamental para sentirse feliz, participar en la crianza de ellos, le permite disfrutar y compartir su tiempo, se genera más apego, más amor, existe más tiempo para dedicar que el que se le podía brindar a los hijos, ya sea por cuestiones de trabajo no se hacía y ahora se compensa con los nietos por eso es tan famosa la afirmación de que los abuelos son más “alcahuetas” con sus nietos que como lo eran con sus hijos. Existe mayor constancia ese tipo de crianza y por eso mismo los lazos afectivos se hacen más fuertes, el adulto mayor vuelve a jugar, se vuelve más sensible, más rejuvenecido, siente que recuerda a la vez su infancia. A los padres en cambio se les vuelve como un hábito no disfrutar del tiempo con sus hijos y siempre hay excusas por cuestiones laborales.

La hipótesis central de una investigación realizada por Guidotti-González (2012) hace referencia a que se producen cambios en las configuraciones familiares con miembros adultos mayores. Cambios que son reflejo de tendencias de mayor alcance y que pueden ser entendidos en el marco del contexto económico y sociocultural. En esa coyuntura, los adultos mayores presentan roles importantes en los espacios de apoyo y de intercambio de servicios en la familia. En este caso surge la necesidad de ayudar con crianza de las nietas, debido a que sus hijas aportan económicamente, dejando evidente que el adulto mayor depende económicamente de su familia.

Es importante que en la familia del adulto mayor exista un bienestar integral el cual se refiere a un estado de equilibrio y búsqueda de actividades que contribuyan a mejorar la vida y les proporcione felicidad y tranquilidad. Es necesario continuar estudiando acerca de todo lo que pueda mejorar la percepción y bienestar de la familia con adulto mayor.

11.3.3. CATEGORÍA III: ROLES Y CONVIVENCIA CON EL ADULTO MAYOR

Es correcto afirmar que a lo largo de ciclo vital se presentan diferentes roles que en la familia se deben asumir; el adulto mayor ha demostrado que es bastante independiente respecto a la realización de actividades diarias, sin embargo le resulta importante que su familia pueda asumir ese tipo de actividades que como abuela cuidadora y ama de casa es responsable de dicha labor, el adulto mayor siente que de vez en cuando debe descansar, que los demás miembros de la familia pueden asumir ese tipo de tareas y así mismo no verse cargada y delegada de toda actividad y autoridad.

Confrontando un poco lo anterior Zaldívar citado por Joaquín Alvarán (2015) conceptualiza que puede existir una vulnerabilidad al estrés de los adultos mayores y que los principales indicadores son los estilos de vida y la falta de apoyo social. El origen del estrés en el adulto mayor se relaciona con la pérdida de algún ser significativo, la falta de apoyo por parte de su familia y esto no sólo enmarca lo económico, el sentimiento de soledad les afecta significativamente desajustándolos emocionalmente. En esta investigación realizada el adulto mayor no sólo manifiesta la carga y falta de liderazgo por parte de los demás miembros de su familia, también menciona acerca de lo importante de poder sentarse a hablar, no sólo de problemas sino de cosas gratas, poder reír con su familia, no todas las veces se reúnen a cenar juntos.

“Las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” (Khan R.L. y Antonucci Toni, 1980). En este caso esto se refiere al apoyo social, que opera en las redes como transferencias de acciones e información que se intercambia o circula. La familia es una de las fuentes más importantes en el apoyo y cuidado de la vejez, en la medida en que se transfieren recursos materiales, de cuidados afectivos, cognitivos en la vida cotidiana. La reciprocidad en la familia se hace importantes. Por tanto, deberían existir los apoyos distintos como la ayuda en las tareas del hogar, el cuidado y el acompañamiento. Apoyos emocionales que incluirían la transmisión de afecto, la empatía, la preocupación por los demás, etc., y los cognitivos a través de la transmisión de información, de consejos, etc. Son evidentes los efectos positivos que reportan los apoyos sociales en los adultos mayores. Esos beneficios se traducen en bienestar para las personas mayores y sus familias, disminuyendo los sentimientos de aislamiento y el aumento de conductas saludables (Castellano Fuentes y Carmen Luisa, 2014).

La afectividad que se genera por estar a cargo de los nietos indiscutiblemente brinda al adulto muchos beneficios como querer estar bien, tanto física como emocionalmente para ellos, para poder compartir y jugar con ellos. El adulto mayor se sensibiliza y a su vez resalta que por parte de sus hijos las demostraciones de afecto son muy escasas, pero también es consciente que de su parte tampoco expresa ese afecto, aunque no deja de preocuparse porque todos estén bien. Eso le genera tranquilidad.

Finalmente, de lo expuesto nace la necesidad de tener en cuenta todo lo que pueda generar que el envejecimiento del adulto mayor en la familia sea una experiencia positiva, acompañada de vivencias donde esté presente los buenos hábitos saludables para la vida, la participación, la comprensión, el bienestar, la comunicación, y el amor.

CONCLUSIONES

Luego del proceso de investigación de las características familiares, sociales y de salud de los adultos mayores de la comuna cinco de Villavicencio – Colombia se ha podido comprobar qué:

La familia es considerada como la base principal para el cuidado del adulto mayor ya que cumplen con varias funciones como son: el cuidado, alimentación, vestuario, es así que es admirada como modelo de comunicación el cual transmite información, lazos de unión, entre sus integrantes.

La fase II se aplicaron diferentes instrumentos de medición cualitativa y cuantitativa al adulto mayor, los cuales nos dieron como resultados en otros estudios y sobresale la importancia de su aplicación, es importante que se realice este índice de manera anual.

Se establece las relaciones familiares del adulto mayor de manera positiva, se basan en canales de comunicación y así van aumentando los vínculos afectivos que permiten unir acciones frente a cada situación o problemática que se presente en la familia.

RECOMENDACIONES

- Para el programa de especialización en salud familiar es necesario realizar este proyecto para poder resaltar la importancia y la necesidad de la familia como eje de apoyo emocional, económico y social en la etapa del envejecimiento, posibilitando el desarrollo del proyecto que permitió el estudio en donde se priorizo el adulto mayor.
- En la universidad de los llanos–Facultad de Ciencias de la salud La aplicación y el análisis de los instrumentos es primordial y permiten valorar el estado de salud del adulto mayor, su estado de ánimo, caracterizar la relación social y el contexto familiar, sin embargo es necesario dar a conocer los resultados al adulto mayor, para establecer más acercamientos entre investigador y familia.
- El adulto mayor, sirvió de estrategia positiva es hacer más encuentros para garantizar la confianza, unión, con cada una de las personas del núcleo familiar del adulto mayor.
- Brindar capacitaciones a los integrantes de la familia con el fin de concientizar que el adulto mayor no se debe tratar, ni hacerlo sentir que es una carga. Sensibilizar la visión que todos los seres humanos tenemos frente a la etapa de adulto mayor y que en algún momento también seremos parte de ella.
- La familia en general, Finalmente el interés de este proyecto es indagar las dinámicas familiares, la aplicación de los instrumentos para lograr obtener datos y resultados de la familia cuyo eje principal es el adulto mayor de la comuna cinco de Villavicencio- Colombia; es conocer la percepción que los integrantes de la familia tienen acerca de envejecer, los procesos de envejecimiento y el conocimiento en el manejo del entorno familiar y comunitario del adulto mayor basadas en los principios de independencia, participación ciudadana, autorrealización y dignidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado García, Alejandra María, & Salazar Maya, Ángela María. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Álzate-Urrea, Santiago, López-Vergel, Felipe, López-Orozco, Carolina, Espinosa-Herrera, Érica, Agudelo-Suárez, Andrés A, Posada-López, Adriana, & Meneses-Gómez, Edwin J. (2014). Calidad de vida y su relación con la salud bucal en la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín: la perspectiva del personal de salud. *CES Odontología*, 27(2), 11-25. Retrieved December 10, 2017, Fromm http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2014000200002&lng=en&tlng=.
- A.S. STAAB, L.C HODGES, *Enfermería Gerontológica*, editorial McGram-Hill, México noviembre 19 de 1998. Pág. 3-5.
- Bautista, J. E. C., Cuellar, C. S., Mora, M. L. A., & Daza, K. D. R. (2012). Cambios en la aptitud física en un grupo de mujeres adultas mayores bajo el modelo de envejecimiento activo. *Revista de la Facultad de Medicina*, 60(1), 21.
- Chacón Betancourt, E., Osoria Mengana, L., Rodríguez Martorell, D., Arjona Rodríguez, I., Leal Ball, E., y Cabrera Rojas, I. (2017). Índice de CHARLSON como predictor de supervivencia después del síndrome coronario agudo. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 23 (2), 312-321. Recuperado de <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/690>.
- Cardona Jiménez, J., & Villamil Gallego, M., & Henao Villa, E., & Quintero Echeverri, Á. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina U.P.B.*, 32 (1), 9-19.
- Castellano Fuentes, Carmen Luisa; (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, septiembre-diciembre, 365-377.

- Dra. Silva Juana, Instituto Nacional de Geriátría: Evaluación Funcional Adulto Mayor. EFAMChile.(2013).
- Duvall, E. M. (1977). Marriage and family development. Nueva York, Lippicott, U.S.A., en Sánchez Aragón, Rozzana y Díaz-Loving, Rolando. (2010:40-41). Evaluación del Ciclo de Acercamiento–Alejamiento. Antología psicosocial de la pareja. México. Miguel Ángel Porrúa. Complemento: Navarro Arroyo, Dana Melva. Ciclo vital y la consejería familiar. Disponible en [File:///C:/Users/Trabajo%20Social/Downloads/ciclo vital y la consejer%C3%ADa familiar.pdf](File:///C:/Users/Trabajo%20Social/Downloads/ciclo%20vital%20y%20la%20consejer%C3%ADa%20familiar.pdf).
- Elisa Dulcey-Ruiz - Deisy Jeannette Arrubla Sánchez - Pablo Sanabria Ferrand. Envejecimiento y vejez en Colombia. Agosto de 2013.
- Fajardo Ramos, E., Córdoba Andrade, L., & Enciso Luna, J. E. (2016). CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES: REFLEXIONES SOBRE EL CONTEXTO COLOMBIANO DESDE EL MODELO DE SCHALOCK Y VERDUGO. Comunidad y Salud, 14(2).
- Félix Alemán, A., Aguilar Hernández, R., Martínez Aguilar, M., Ávila Alpírez, H., Vázquez Galindo, L., & Gutiérrez Sánchez, G. (2012). Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. Cultura de los cuidados, 0(33), 81-88. doi:<https://doi.org/10.7184/cuid.2012.33.11>
- Guedes, D. T., Curcio, C. L., Llano, B. A., Zunzunegui, M. V., & Guerra, R. (2015). La brecha de género en violencia doméstica en adultos mayores en América Latina: el Estudio IMIAS.
- GUIDOTTI GONZÁLEZ, C., & AIDAR, T. (2012). Condiciones de vida del adulto mayor en el ámbito doméstico: envejecimiento y transferencias en Montevideo-Uruguay. Papeles de Población, 18 (74), 171-202.
- Genua Goena María Eugenia, nutrición y valoración del estado nutricional en el anciano. Agosto de 2012. pág. 3 / 2 1. En: <http://www.matiaf.net/profesionales/articulos>.

- GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, L., FAJARDO BERNAL, J., FAJARDO LÓPEZ, E., NÁPOLES GÁMEZ, Y. Reflexiones teóricas sobre longevidad satisfactoria y calidad de vida. MEDISAN; 2012.
- Hernández, Á. (2015). Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. El búho. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento y vejez. Retomado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>.
- Jiménez-Aguilera, B., Baillet-Esquivel, L. E., Ávalos-Pérez, F., & Campos-Aragón, L. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención Familiar*, 23(4), 129-133.
- Lassen, A. J. (2015). Biopolíticas de la vejez—Cómo el conocimiento sobre el envejecimiento forma políticas de envejecimiento activo. *Sociología Histórica*, (5), 331-362.
- López, L. G., González, M. M., & Góngora, R. P. (2017). Estímulos contextuales que influyen en el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor. *Revista Salud y Bienestar social* [ISSN: 2448-7767], 1(1), 1-24.
- López Zapata, E., Echavarría Castañeda, L. M., & Galeano Vélez, N. (2017). Desesperanza y vulnerabilidad en el adulto mayor. *Revista Reflexiones y Saberes*, (7), 34-52.
- Mestre-Miquel, Joana Maria; Guillen-Palomares, Juana; Caro-Blanco, Fernanda; (2012). ABUELAS CUIDADORAS EN EL SIGLO XXI: RECURSO DE CONCILIACIÓN DE LA VIDA SOCIAL Y FAMILIAR. *Portularia*, Sin mes, 231-238.)
- Pensamiento Educativo. Revista de Investigación Educativa Latinoamericana 2012, 49(2), 1-20.
- Ramos, M. E. F., González, A. M., & Pacheco, C. A. C. (2016). RECREACIÓN, EJERCICIO Y CUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE EN LA VEJEZ/RECREATION, EXERCISE AND OCCUPANCY OF FREE TIME IN OLD AGE. *Revista Edu-Física*, 8(18).

- Sebastián Pabón, Mónica Andrea. (2016). RELACIÓN DE PAREJA EN LA UNIÓN LIBRE - ESTUDIO DE CASO. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 14(2), 371-394. Recuperado en 10 de diciembre de 2017, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200008&lng=es&tlng=es.
- SIGÜENZA WILSON, "FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN EL MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON", Tesis previa a la obtención del título de Magister en psicoterapia del niño y la familia, Universidad de Cuenca, Ecuador 2015.
- Santillán, M. D. L. V., Arana-Gómez, B., de Lourdes García-Hernández, M., Ruelas-González, M. G., Melguizo-Herrera, E., & Ruiz-Martínez, A. O. (2017). Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquí chan*, 17(2).
- Suárez Torres, Miguel Orlando, Rodríguez Lafuente, María Elena, Pérez Díaz, Raquel, Casal Sosa, Ada, & Fernández, Giamny. (2015). Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del Policlínico "Joaquín Albarrán". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(2) Recuperado en 15 de diciembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200005&lng=es&tlng=es.
- Torres, M. O. S., Lafuente, M. E. R., Díaz, R. P., Sosa, A. C., & Fernández, G. (2015). Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del Policlínico "Joaquín Albarrán". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(2), 159-168.
- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D., & Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 342-350.
- Torres, H. M. L., Sepúlveda, Y. L., Aguilar, J. L. V., & Pérez, R. H. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay*, 21(1), 65-74.
- Zuñiga Olivares, Gustavo Herbet. Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la "Casa – asilo de las hermanitas de los ancianos

desamparados"de Lima. Mayo del 2012. Retomado de
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3195>

ANEXOS

ANEXO 1

Macro proyecto “Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del departamento del Meta”

ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL, PSICOAFECTIVA Y SOCIOFAMILIAR

1. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE BARTHEL

DESCRIPCIÓN

t Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.

t **Características de recogida:** Puede realizarse autoadministrado, por observación directa, preguntando al paciente o a su cuidador.

t Tiempo estimado de administración: 5 minutos.

ALIMENTACIÓN		
	Independiente	Comes solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
	Dependiente	Necesita ser alimentado.
BAÑO		
	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE		
	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braquero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
	Dependiente	
ARREGLARSE		
	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.
	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIONES		

	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema
	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
	Incontinente	

MICCIÓN

	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina
	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
	Incontinente	

RETRETE

	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
	Dependiente	

TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas

	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos
	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
	Dependiente	

DEAMBULAR

	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
	Dependiente	

ANEXO 2

2. ÍNDICE PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA. DE LAWTON Y BRODY

DESCRIPCIÓN:

- Escala que permite **valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad** (hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.). Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.
- Características de recogida: Debe de realizarse hetero administrado preguntando al paciente o a su cuidador.
- Desarrollo: Para evaluar correctamente los ítems de estas escalas resulta importante diferenciar si el paciente podría llevar a cabo, previamente, esa actividad. Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación.

Tiempo estimado de administración: 5-10 minutos

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	
No es capaz de usar el teléfono	
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	
Realiza independientemente pequeñas compras	
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	
Totalmente incapaz de comprar	
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los	
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta	
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de	

Necesita ayuda en todas las labores de la casa	
No participa en ninguna labor de la casa	
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	
Lava por sí solo pequeñas prendas	
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	
No viaja	
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	
No es capaz de administrarse su medicación	
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	
Incapaz de manejar dinero	

VALORACIÓN

- Recomendamos su utilización registrando cada una de las actividades para conocer las deficiencias específicas de cada persona. Una valoración global se realiza según puntuación en una escala de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia, respectivamente) según la siguiente estratificación.

Estratificación:

Puntuació	Dependenci
0-1	Total
2-3	Sever
4-5	Moderad
6-7	Ligera
8	Independenci

ANEXO 3

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Macro proyecto “Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del departamento del Meta”.

Paciente _____

Edad ____

Ocupación _____

Escolaridad _____

Examinado por _____

Fecha

ORIENTACIÓN

• Dígame el día _____ fecha ____ Mes _____ Estación _____ Año _____

• Dígame el hospital (o lugar) _____

Planta.....ciudad _____ Provincia.....Nación _____

FIJACIÓN

• Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando?

• Repita estos tres números: 5,9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás

MEMORIA

• ¿Recuerda las tres palabras de antes?

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj

• Repita esta frase: En un trigal había cinco perros

• Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?
¿qué son el rojo y el verde?

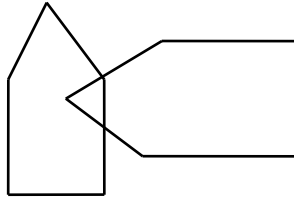
• ¿Qué son un perro y un gato?

• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa

• Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS

- Escriba una frase _____

- Copie este dibujo ____1



Puntuación máxima 35.

Punto de corte Adulto no geriátricos 24

Adulto geriátrico 20

APLICACIÓN DEL TEST

Orientación:

Seguir las indicaciones del test (un punto cada respuesta correcta).

Fijación:

Repetir claramente cada palabra en un segundo. Se le dan tantos puntos como palabras repite correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que lo recuerde ya que más tarde se le preguntará.

Concentración:

Si no entiende o se resiste, se le puede animar un poco, como máximo reformular la pregunta como sigue: "si *tiene 30 euros y me da 3 ¿Cuántos euros le quedan?* y a continuación siga dándome de 3 en 3 (sin repetir la cifra que él dé). Un punto por cada substracción correcta, exclusivamente. Por ejemplo 30 menos 3 = 28 (0 puntos); si la siguiente substracción es de 25, ésta es correcta (1 punto). Repetir los dígitos lentamente: 1 segundo cada uno hasta que los aprenda. Después pedirle que los repita en orden inverso y se le da un punto por cada dígito que coloque en oposición inversa correcta.

Por ejemplo, 592 (lo correcto es 295); si dice 925 le corresponde 1 punto.

Memoria:

Seguir las instrucciones del test, dando amplio margen de tiempo para que pueda recordar, pero sin ayudarle (un punto por cada palabra recordada)

Lenguaje y construcción:

Seguir las instrucciones puntualizando que:

- Leerle la frase despacio y correctamente articulada. Para concederle 1 punto tiene que ser repetida a la primera y correctamente articulada, un fallo en una letra es 0 puntos.
- Semejanzas; para darle un punto en verde-rojo tiene que responder inexcusablemente "colores". Para la semejanza perro-gato la contestación correcta exclusiva es animales o animales de "x" características o bichos.
- En la ordenes verbales, si coge el papel con la mano izquierda es un fallo en ese apartado. Si lo dobla más de dos veces otro fallo. Dependiendo de la posición del paciente se podrá modificar la orden de poner el papel en la mesa o en el suelo. Cada una de las partes de la orden ejecutada correctamente es un punto, hasta un máximo de 3.
- Para los test de la lectura y escritura, pedir al paciente que se coloque sus gafas, si las usa, y si es preciso escribir la orden y los pentágonos en trazos grandes en la parte posterior del papel, para que los vea perfectamente. Se le concede un punto si, independientemente de lo lea en voz alta, cierra los ojos sin que se le insista verbalmente. Recalcar antes, dos veces como máximo que lea y haga lo que pone en el papel.
- Para escribir una frase instruirle que no sea su nombre. Si es necesario puede usarse un ejemplo, pero insistiendo que tiene que escribir algo distinto. Se requiere sujeto, verbo y complemento para dar un punto (las frases impersonales sin sujeto)
- Figuras: la ejecución correcta (1 punto) requiere que cada pentágono tenga exactamente 5 lados y 5 ángulos y tienen que estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto.

Mini-Examen Cognoscitivo. Versión española del Mini-Mental Status Examination de Folstein et al (1975). Validado por Lobo et al (1979-94)

Publicación más representativa: un sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en paciente médicos. Actas Luso-Españolas de Neurología, psiquiatría y ciencias afines vol 3, 189-202, 1979

ANEXO 4

VALORACIÓN AFECTIVA: TEST DE YESAVAGE

DESCRIPCIÓN:

- Especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que las escalas ordinarias de la depresión tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos, de menos valor en este grupo de pacientes. Su máxima utilidad radica en el screening general del paciente anciano (detección), y en facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio.
- Su USO puede mejorar el infradiagnostico de la depresión en estas edades, donde, muchas veces, no es posible detectarla con la entrevista clínica ordinaria.
- La escala plantea un interrogatorio de respuestas dicotómicas, puntuando la coincidencia con el estado depresivo, es decir, las afirmativas para los síntomas negativos y las negativas para las cuestiones normales.

Existen 2 versiones, una completa de 30 ítems y una abreviada de 15 ítems es más recomendable en Atención Primaria por su fácil manejo (no requiere entrevistador entrenado) y rapidez (5-8 minutos).

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI =	NO =
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI =	NO =
¿Siente que su vida está vacía?	SI =	NO =
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI =	NO =
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI =	NO =
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI =	NO =
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI =	NO =
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI =	NO =
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI =	NO =
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI =	NO =
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI =	NO =
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI =	NO =
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI =	NO =
¿Se siente lleno/a de energía?	SI =	NO =
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI =	NO =
TOTAL		

VALORACIÓN

- En la versión breve se considera un resultado normal los valores de 0 a 5 puntos.
- Valores entre 6 y 9 son sugestivos de probable depresión, y valores de 10 o más de depresión establecida.
- Las sensibilidades y especificidades son muy altas para ambos puntos de corte.
- Estratificación:

Normal = 0 – 5 puntos.

Probable depresión = 6 – 9 puntos.

Depresión establecida = > 9 puntos.

ANEXO 5

ESCALA DE TINETTI

(Para la valoración de la marcha y el equilibrio)

Indicada: Detectar precozmente el Riesgo de caídas en ancianos a un año vista.

Administración: Realizar una aproximación realizando la pregunta al paciente ¿Teme usted caerse? Se ha visto que el Valor Predictivo positivo de la respuesta afirmativa es alrededor del 63% y aumenta al 87% en ancianos frágiles.

Tiempo de cumplimentación 8-10 min. Caminando el evaluador detrás del anciano, se le solicita que responda a las preguntas de la subescala de marcha. Para contestar la subescala de equilibrio el entrevistador permanece de pie junto al anciano (enfrente y a la derecha).

La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

Interpretación:

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12, para la del equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas.

A mayor puntuación >>> menor riesgo

<19 Alto riesgo de caídas

19-24 Riesgo de caídas

Propiedades psicométricas: no está validada en español y en nuestro contexto.

ESCALA DE TINETTI. PARTE I: EQUILIBRIO

<i>EQUILIBRIO SENTADO</i>	
Se inclina o desliza en la silla.....	
Firme y seguro.....	
<i>LEVANTARSE</i>	
Incapaz sin ayuda.....	
Capaz utilizando los brazos como ayuda.....	
Capaz sin utilizar los brazos.....	
<i>INTENTOS DE LEVANTARSE</i>	
Incapaz sin ayuda.....	
Capaz, pero necesita más de un intento.....	
Capaz de levantarse con un intento.....	
<i>EQUILIBRIO INMEDIATO (5) AL LEVANTARSE</i>	
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)...	
Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos.....	
Estable sin usar bastón u otros soportes.....	
<i>EQUILIBRIO EN BIPEDESTACION</i>	
Inestable.....	
Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm.) o usa bastón, andador u otro soporte.....	
Base de sustentación estrecha sin ningún soporte.....	
<i>EMPUJON (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces).</i>	

Tiende a caerse.....	
Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo.....	
Firme.....	
<i>OJOS CERRADOS</i> (en la posición anterior)	
Inestable.....	
Estable.....	
<i>GIRO DE 360°</i>	
Pasos discontinuos.....	
Pasos continuos.....	
Inestable (se agarra o tambalea).....	
Estable.....	
<i>SENTARSE</i>	
Inseguro.....	
Usa los brazos o no tiene un movimiento suave.....	
Seguro, movimiento suave.....	

TOTAL, EQUILIBRIO /

ESCALA DE TINETTI. PARTE II: MARCHA

Instrucciones: el sujeto de pie con el examinador camina primero con su paso habitual, regresando con “paso rápido, pero seguro” (usando sus ayudas habituales para la marcha, como bastón o andador)

<i>COMIENZA DE LA MARCHA</i> (inmediatamente después de decir “camine”)	
Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar.....	
No vacilante.....	
<i>LONGITUD Y ALTURA DEL PASO</i>	
El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo.....	
El pie derecho sobrepasa al izquierdo.....	
El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo.....	
El pie derecho se levanta completamente.....	
El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase del balanceo.....	
El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso.....	
El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo.....	
El pie izquierdo se levanta completamente.....	
<i>SIMETRIA DEL PASO</i>	

La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada).....	
Los pasos son iguales en longitud.....	
CONTINUIDAD DE LOS PASOS	
Para o hay discontinuidad entre pasos.....	
Los pasos son continuos.....	
TRAYECTORIA (estimada en relación con los baldosines del suelo de 30 cm. de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 cm. De distancia)	
Marcada desviación.....	
Desviación moderada o media, o utiliza ayuda.....	
Derecho sin utilizar ayudas.....	
TRONCO	
Marcado balanceo o utiliza ayudas.....	
No balanceo, pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos.....	
No balanceo no flexión, ni utiliza ayudas.....	
POSTURA EN LA MARCHA	
Talones separados.....	
Talones casi se tocan mientras camina.....	

TOTAL, MARCHA /
TOTAL, GENERAL /

1. Tinetti, M.E.; Williams, T. Frankin; Mayewski, R. (1986). "Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities". *American Journal of Medicine* **80** (3): 429–434. [PMID 3953620](#).
2. Tinetti, M.E., Baker, D.I., Gottschalk, M., Garrett, P., McGeary, S., Pollack, D. y Charpentier, P. 1997, «Systematic home-based physical and functional therapy for older persons after hip fracture», *Arch Phys Med Rehabil*, 78 (11): 1237-1247.
3. Tinetti, M.E., Mendes de León, C.F., Doucette, J.T. y Baker, D.I. 1994, «Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders», *J Gerontol*, 49 (3): 140-147.

ANEXO 6

ÍNDICE DE CHARLSON

Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	0
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	0
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de <i>by-pass</i> arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	0
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	0
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	0
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	0
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	0
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	0
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	0
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	0
Hemiplejia: evidencia de hemiplejia o paraplejia como consecuencia de un AVC u otra condición	0
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	0
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	0
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	0
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	0
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldenström y mieloma	0
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	0
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	0
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	0

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Charlson M, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chron Dis 1987; 40: 373-83.

Comentarios:

Original (Charlson M, J Chron Dis 1987; 40: 373-83). Esta corrección se efectúa añadiendo un punto al índice por cada década existente a partir de los 50 años (p. ej., 50 años = 1 punto, 60 años = 2, 70 años = 3, 80 años = 4, 90 años = 5, etc.). Así, un paciente de 60 años (2 puntos) con una comorbilidad de 1, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 3 puntos, o bien, un paciente de 80 años (4 puntos) con una comorbilidad de 2, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 6 puntos. Tiene la limitación de que la mortalidad del sida en la actualidad no es la misma que cuando se publicó el índice.

En general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta > 3 puntos. Predicción de mortalidad en seguimientos cortos (< 3 años); índice de 0: (12% mortalidad/año); índice 1-2: (26%); índice 3-4: (52%); índice > 5: (85%). En seguimientos prolongados (> 5 años), la predicción de mortalidad deberá corregirse con el factor edad, tal como se explica en el artículo

Índice de comorbilidad de Charlson (versión abreviada)	
Enfermedad vascular cerebral	0
Diabetes	0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	0
Insuficiencia cardiaca/cardiopatía isquémica	0
Demencia	0
Enfermedad arterial periférica	0
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	0
Cáncer	0
Total =	

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión: Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. Ann Intern Med 1992; 117: 1003-9.

Comentarios:

En general, se considera ausencia de comorbilidad entre 0 y 1 puntos, comorbilidad baja cuando el índice es 2 y alta comorbilidad cuando es igual o superior a 3 puntos. Aunque aparentemente pueda parecer menos preciso que la versión original completa, su utilidad pronóstica es similar a corto plazo, aunque no hay estudios con seguimiento a largo plazo (Robles MJ, et al. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33 [Supl 1]: 154) (Farriols C, et al. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004; 39 [Supl 2]: 43).

ANEXO 7

Caracterización social

Macro proyecto “Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del departamento del Meta”.

INSTRUMENTO CARACTERIZACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS VIDA

Código: _____

Objetivo:

Recolectar información que permita describir las características sociales y demográficas de los adultos mayores que asisten a los Centros Vida del Departamento del Meta – Colombia.

Instrucciones:

El instrumento tiene como propósito explorar variables sociales, demográficas y económicas, de los adultos mayores que asisten a los programas de los Centros Vida del departamento del Meta – Colombia.

El instrumento está compuesto de 22 preguntas, unas para marcar con una X y otras abiertas, la aplicación tiene una duración aproximada de 15 minutos y se requiere previamente diligenciar el formulario del Consentimiento Informado.

1. Edad: _____ Género: F ____ M ____

2. Número de hijos: _____

3. Grupo poblacional al que pertenece.

Desplazado/a ____ Discapacitado/a ____ Afrodescendiente ____ Indígena ____ Otro ____

4. Estado Civil:

Soltero/a ____ Casado/a ____ Viudo/a ____ Separado/a ____ Divorciado/a ____ Unión Libre ____

5. Lugar de Procedencia:

Municipio: _____ Departamento: _____

6. Lugar de Residencia:

Barrio: _____ Municipio: _____ Departamento: _____

7. La vivienda que habita es:

Propia ____ Arriendo ____ Familiar ____ Albergue ____ No sabe / No responde ____

8. La vivienda cuenta con todos los servicios públicos? Si ____ No ____

Si su respuesta es No: Cuales hacen falta en la vivienda _____

9. Número de personas que habitan en el hogar: _____

10. Estrato socioeconómico: 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __ 6 __

11. Mayor nivel de estudios cursado

Sin estudios __ Primaria Incompleta __ Primaria Completa __ Secundaria Incompleta __
Secundaria Completa __ Técnico __ Universitario Incompleto __ Universitario Completo __

12. Oficio u ocupación: ama de casa

13. Sus ingresos económicos provienen de

Propios __ Trabajo de Esposo - Cónyuge /a __ Trabajo de hijo/a __ Empresa Familiar __
Otros __ Cuál? _____

14. Ingresos económicos mensuales familiares: Menos de un salario mínimo SMLV __

Un salario mínimo SMLV __ Dos salarios mínimos SMLV __ más de dos salarios mínimos SMLV __

15. Afiliación a Régimen de Seguridad Social

Contributivo __ Subsidiado __ Vinculado __ Otro __ Cuál? _____
Nombre de la EPS: _____

16. Padece actualmente de alguna enfermedad?

SI __ NO __ Cuál/es? _____

17. Conformación de la familia: Hijos/hijas __x__ Esposos/esposas __ Nietos/Nietas __

Hermanos/Hermanas __

Sobrinos/sobrinas __ Yerno/Nuera __ Otros __ Cual? _____

18. ¿Con quien vive? (nombre por parentesco las personas según la pregunta 16)

19. Ciclo Familiar que se encuentra la familia que acoge el Adulto Mayor _____

(Tenga en cuenta el ciclo vital de Evelyn Duvall).

20. Calidad de la relación con su familia: Buena___ Regular: ____ Mala:_____

21. ¿Existen conflictos en su familia? SI: ____ NO: ____

¿Cuáles?: Convivencia y pautas crianza

22. Tiempo que participa en los programas de los Centros Vida (años): _____

Gracias por la información suministrada.

Grupo Investigador.

ANEXO 8 Entrevista semiestructurada

Guía de Entrevista semiestructurada

Instrucciones: Es instrumento es una guía para realizar las entrevistas a la familia y el Adulto Mayor. Las categorías preestablecidas que permiten orientar la entrevista para dar cumplimiento al objetivo específico son cuatro: Dinámica familiar, situación socio económica, percepción de envejecimiento, necesidades del adulto mayor. Antes de iniciar la entrevista es necesario aplicar previamente el formulario del Consentimiento Informado. También es necesario advertir a los participantes que la conversación se va a grabar y que tan pronta se transcriba se procederá a borrar la grabaciones.

Objetivo: Identificar la percepción de salud y las dinámicas familiares que se presentan en las familias de los Adultos Mayores de los Centros Vida del Departamento del Meta.

1. Preguntas para el Adulto Mayor:

Antes de iniciar ésta entrevista, haga estas preguntas al adulto mayor, para conocer la Autopercepción de salud: (marca una sola opción)

- Salud General: Considera su salud: __ Muy buena __ Buena __ Término medio __ Mala __ Muy mala
- Comparado su salud hoy con la de hacer un año, considera que esta: __ Esta mejor __ Igual __ Peor

Categorías preestablecidas	Preguntas de apertura para indagación
Situación socioeconómica	Indague teniendo en cuenta la encuesta de caracterización. Pero solo el aspecto social y económico. Además, puede preguntar: ¿Vive con la familia? ¿Tiene un grado dependencia económica? ¿Vive con su conyugue de similitud de edad? ¿Su vivienda es adecuada a sus necesidades? ¿Las relaciones sociales solo con su familia o vecinos? ¿Mantiene relaciones sociales en la comunidad? ¿Cuales?
Percepción de envejecimiento	¿Qué piensa usted sobre la Vejez?

	<p>¿Qué cree que ocurre cuando una persona envejece?</p> <p>¿Qué cambios ha visto usted así notorios?</p>
Necesidades del adulto mayor	¿Cuáles son las necesidades que tiene actualmente?
Dinámica Familiar	<p>¿Quién lo cuida en su familia?</p> <p>¿Cómo lo cuida?</p> <p>¿Cómo siente que es cuidado por su familia?</p> <p>¿Ha tenido problemas con su familia?</p> <p>¿cuándo pasa esos malentendidos usted como los soluciona? ¿Se han solucionado los problemas? ¿Cómo su familia le demuestra los sentimientos?</p>

2. Preguntas para la familia:

Categorías preestablecidas	Preguntas de apertura para indagación
Situación socioeconómica	<p>Indague teniendo en cuenta la encuesta de caracterización. Pero solo el aspecto social y económico. Además, puede preguntar:</p> <p>¿Vive con el adulto mayor? ¿usted participa del sostenimiento del adulto mayor? ¿Considera que la vivienda de su adulto mayor es adecuado según las necesidades? ¿como son las relaciones sociales del adulto mayor? ¿cómo usted participa de las relaciones sociales de su adulto mayor?</p>
Percepción de envejecimiento	<p>¿Qué piensa usted sobre la Vejez?</p> <p>¿Qué cree que ocurre cuando una persona envejece? ¿Qué cambios ha visto usted así notorios en su familiar?</p>
Necesidades del adulto mayor	<p>¿Cuáles son las necesidades que tiene actualmente su familiar adulto mayor? (por favor ver la pirámide de las necesidades desde los planteamiento de Maslow: Fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento, de</p>

	autorrealización), realizar las preguntas desde este enfoque.
Dinámica Familiar	¿Quién lo cuida el adulto mayor? ¿Cómo lo cuida? ¿Como recibe el cuidado su adulto mayor? ¿Ha tenido problemas con su familia? ¿cuándo pasa esos malentendidos usted como lo solucionan? ¿Se han solucionado los problemas? ¿Cómo le demuestra los sentimientos a su adulto mayor?

Nota: El investigador puede hacer preguntas que no se encuentran aquí, para ampliar más la información de las categorías preestablecidas.

ANEXO 9

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad de los Llanos – Facultad Ciencias de la Salud

Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del departamento del Meta.

Fecha _____

Código _____

Investigador Principal: Emilce Salamanca Ramos. Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería, miembros del grupo GESI. Co-investigadoras: Zulma Johana Velasco Paéz, docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Usted ha sido invitado a participar en la investigación sobre identificar Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de cuatro municipios del piedemonte del Meta.. Si usted acepta participar en este estudio, el estudiante Principiante de Investigación (EPI) o los estudiantes de posgrado de Salud Familiar, lo abordara de manera individual y reservada para realizarle una serie de preguntas relacionadas con aspectos sociodemográficos y funcionamiento familiar.

Esta investigación cumple con lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social sobre las investigaciones con seres humanos en Colombia. Se le garantiza que no estará expuesto a ningún riesgo ni lo hará incurrir en ningún gasto. Se le informa que lo consignado en la encuesta será utilizado para fines estrictamente académicos y la identidad de las familias y adolescentes estará resguardada con su código.

Su participación es absolutamente voluntaria. Se garantiza el anonimato y la confidencialidad, identificándolo a través de un código y cuando se publiquen los resultados no será identificado por el nombre.

Su firma indica que usted ha decidido participar voluntariamente en este estudio habiendo escuchado o leído la información anterior.

Firma del Adulto Mayor: _____

Nombre y código del EPI: _____

Firma del docente Investigador: _____